CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO LOCAL

MEIRE RAFAELA DOS SANTOS GONÇALVES

AÇÕES DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES

BELO HORIZONTE
2013

MEIRE RAFAELA DOS SANTOS GONÇALVES

AÇÕES DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES

Dissertação de Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA.

Área de concentração: Inovações Sociais, Educação e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Processos político-sociais: articulações interinstitucionais e desenvolvimento local

Orientadora: Drª. Matilde Meire Miranda Cadete

BELO HORIZONTE
2013

G635a Gonçalves, Meire Rafaela dos Santos

Ações de promoção do aleitamento materno na atenção básica no Município de Ribeirão das Neves. / Meire Rafaela dos Santos Gonçalves. – 2013.

280f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário UNA, 2013. Curso do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local.

Bibliografia f. 257-272.

1. Amamentação. 2. Promoção da saúde. 3.Incentivo à amamentação. 4. Política de saúde. I. Cadete, Matilde Meire Miranda. II. Centro Universitário UNA. III. Título.

CDU: 658.114.8

Ficha catalográfica desenvolvida pela Biblioteca UNA campus Guajajaras

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO LOCAL

Dissertação intitulada **"AÇÕES DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES"**, de autoria do (a) mestrando (a) **Meire Rafaela dos Santos Gonçalves**, aprovada pela banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

Prof. (a) Dr. (a) Matilde Meire Miranda Cadete - Orientadora - UNA

Prof. (a) Dr. (a) Maria Lúcia Miranda Afonso - UNA

Prof. (a) Dr. (a) Elysângela Dittz Duarte - UFMG

Prof.ª Dra. Lucília Regina de Souza Machado
Coordenadora do Mestrado em Gestão
Social, Educação e Desenvolvimento Local

Belo Horizonte, 30 de abril de 2013

Ao profissional que não tem medo de aprender, que busca melhorar a cada dia;
À mulher que sonha, que busca o sonho, que cai e levanta sem pestanejar;
À criança, fonte de vida que procura aprender com e através da mãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema, que em seu amor e bondade infinitos, permite-me crescer e evoluir a cada dia. Que dentro da Sua sabedoria, intui-me a discernir os caminhos tortuosos e a vivenciar as provas desta vida com fé e coragem;

À minha querida mãe que incentiva e auxilia de uma forma tão particular, que tornaria inútil tentar elencar suas virtudes e apoio. Um amor tão grandioso que transcende a capacidade linguística de tentar descrevê-lo;

Ao meu pai, homem de pouco estudo, mas de muita vivência e perspicácia. Que dentro das suas limitações soube transmitir-me valores essenciais à vida e à luta diária do trabalho;

Aos meus irmãos, ao permitirem que eu experimentasse dentro do lar a convivência social que me preparou para a vida;

Às minhas cunhadas, permitindo que eu auxiliasse no cuidado inicial com suas filhas, estreitando laços e afeto;

Ao meu esposo, que ao me ver à beira do abismo do desconhecido, empurrou-me para viver esta magnífica experiência. Fonte de incentivo, amor, dedicação, tolerância, amizade, além de ser um ótimo companheiro para tecer discussões filosóficas e de temas genéricos, que muitas vezes fogem à sua compreensão. Que mesmo sabendo das minhas limitações, acredita veementemente na minha capacidade e permite que eu desfrute de experiências incomensuráveis;

Ao meu filho Davi, que ao nascer, fez nascer em mim uma mãe, uma nova mulher, uma nova perspectiva. Que permitiu que eu vivenciasse o aleitamento materno, modificando a minha percepção acerca da prática. Que com o seu sorriso maroto, retira o cansaço, alegra e me impulsiona para a vida;

À Prefeitura de Ribeirão das Neves e minhas companheiras de trabalho, que permitiram que eu realizasse esta pesquisa, que me auxiliaram e me apoiaram. À equipe da UBR Alarico Modesto, que me proporcionou um enorme crescimento pessoal e profissional. Em especial, à equipe de trabalho do CVVRS, que se tornou uma segunda família;

Ao revisor Elir, tio emprestado, pelos pontos, vírgulas e experiência acrescidos ao trabalho;

Às amigas Sheilla e Janaína pelos cafés, chopp´s e petiscos experimentados à luz de discussões acadêmicas, pessoais e familiares, que me auxiliaram nesta trajetória.

Querida orientadora Matilde, eu busquei inúmeras formas de expressar a minha gratidão. Porém, devido à imensa admiração pessoal e profissional que tenho por você, não consegui descrever em palavras o que buscava, pois elas se mostraram incapazes de descrever a dimensão do meu sentimento. Então, restou-me simplesmente dizer: MUITO OBRIGADA!

“Dar de mamar é se despojar das mentiras que nos contamos durante toda a vida sobre quem somos ou deveríamos ser. É estarmos soltas, poderosas, famintas, como lobas, leoas, tigresas, cangurus ou gatas. Muito semelhante às mamíferas de outras espécies em seu total apego pelas crias, ignorando o resto da comunidade, mas atentas, milimetricamente, às necessidades do recém-nascido.
Extasiadas diante do milagre, tentando reconhecer que fomos nós mesmas que o tornamos possível, e nos reencontrando com o que é sublime. É uma experiência mística se nos permitirmos que assim seja”.

Laura Gutman

RESUMO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) oferece inúmeros benefícios para a criança e para a mãe, devendo ser realizado até os seis meses de idade da criança. Apesar de ser uma prática benéfica e que não gera custos adicionais à família, possuímos no Brasil um índice de AME classificado como Ruim. A partir da experiência profissional, percebendo que no município de Ribeirão das Neves as mulheres não eram orientadas sobre o AME no pré-natal e talvez por isso não aderissem a esta prática, a presente pesquisa objetivou compreender as ações desenvolvidas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde para a promoção do AM e identificar o índice de AME do município. Trata-se de uma pesquisa quatiqualitativa. O cenário de coleta dos dados foram as 10 Unidades Básicas de Saúde do Município de Ribeirão das Neves. No primeiro momento, foi aplicado um questionário composto de 55 questões para os responsáveis e/ou acompanhantes das crianças menores de um ano, que compareceram à sala de vacina no período do estudo. Foram distribuídos 353 questionários entre as dez unidades de saúde. A análise desses dados foi através das associações das variáveis com AME baseadas nos Testes Qui-quadrado de Pearson assintótico e exato, e Testes Qui-quadrado de Pearson exato com as variáveis do estudo. No segundo momento, a coleta de dados foi por meio de entrevista semi estruturada, com 18 profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família do município. Para a análise qualitativa, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), buscando extrair deste grupo uma ideia comum acerca do tema. Identificou-se que o município possui um índice de AME de 30%, classificado como Ruim pela Organização Mundial de Saúde. Houve correlação estatística entre o uso de mamadeira e a idade da criança com a variável AME. Das entrevistas, extraiu-se 60 ideias centrais que formaram os DSC´s, Acerca do aleitamento materno, os sujeitos reconhecem: ser extraordinário para mãe e filho, ser um ato cultural, instaurar vínculos, ser prático e não oneroso. Para materialidade do amamentar é imperativo doação materna, educação dos profissionais de saúde para a importância do educar as mães desde o pré natal. Requer, ainda, apoio dos companheiros, da família e da rede social, dentre outros. Percebeu-se, também, discurso variado da população estudada, necessitando de uma intervenção que alcance uma representação social mais homogênea e unificada do tema em questão. Como proposta de intervenção social, propõe-se a criação de um Núcleo de Aconselhamento, Manejo e Apoio ao AM e a criação de uma figura social de apoio ao AM - Mokamby no município de Ribeirão das Neves.

Palavras chave: Aleitamento Materno. Unidade Básica de Saúde. Promoção da Saúde. Educação.

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding (EB) offers numerous benefits for the child and for the mother, and should be done until six months of age of the baby. Despite being a beneficial practice that does not generate additional cost to the family, in Brazil we have an index of EB rated as Poor. From professional experience, observing that in Ribeirão das Neves women were not advised about exclusive breastfeeding in prenatal visits, this may be the reason why women do not adhere to this practice, the present study aims to understand the actions developed by professionals from the Basic Health Units for the promotion of breastfeeding and identification of the index of EB in the municipality. This is a quanti-qualitative research. The scenario of the data collection process were the 10 Basic Health Units in Ribeirão das Neves. First, a questionnaire consisting of 55 questions was distributed to the parents and/or guardians of children under one year of age who attended the vaccination room during the study period. A total of 353 questionnaires were distributed among the ten health units.The data analysis was done using association of the EB variables based on Pearson´s chi-square test, exact and asymptotic, and chi-square test exact with the study variables.In the second phase, the data collection was done through semi-structured interviews with 18 health professionals of Family Health Teams of the municipality. For the qualitative analysis, technique of the Collective Subject Discourse (CSD) were used, trying to extract a common idea about the subject from the group. It was identified that the city has an EB index of 30%, rated as Poor by the World Health Organization. There was a statistical correlation between bottle use and the age of the child with the EB variable.From interviews, 60 core ideas were extracted that formed the CSDs about breastfeeding, the people interviewed recognized that breastfeeding is: extraordinary for mother and child, a cultural act, establishes linkages, is practical and inexpensive. To improve the breastfeeding situation, mothers need to dedicate themselves and health professionals need to be educated in order to instruct mothers starting during pregnancy. Support from partners, families and social network is also required. It was also realized that the population involved in the study brought up many different subjects, requiring an intervention that achieves a more homogeneous and unified social representation to address the subject. As a social intervention proposal, it is suggested to create a Center for Counselling, Management and Support of the AM and the creation of a social figure in support of the AM - Mokamby in the city of Ribeirão das Neves.

Keywords: Breastfeeding, Basic Health Unit, Health Promotion, Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

AIDPI Atenção Integral à Doenças Prevalentes na Infância

AM Aleitamento Materno

AME Aleitamento Materno Exclusivo

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS Atenção Primária a Saúde

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CLT Consolidação das Leis de Trabalho

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CVV Centro Viva Vida de Referência Secundária

DSC Discurso do Sujeito Coletivo

EC Expressão Chave

ECA Estatuto da Criança e Adolescente

ENPACS Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Saudável

ESF Equipe de Saúde da Família

GAMA Grupo de Apoio Materno à Amamentação

HSJT Hospital São Judas Tadeu

IBFAN Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (*International Baby Food Action Network)*

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC Ideia Central

IHAC Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INAN Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

NAMAM Núcleo de Aconselhamento, Manejo e Apoio ao Aleitamento Materno

NBCAL Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes

NEPAL Núcleo de Estudos e Pesquisas em Aleitamento Materno

OIT Organização Internacional do Trabalho

OMS Organização Mundial de Saúde

ONG Organização Não-Governamental

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PAISC Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PNAB Política Nacional da Atenção Básica

PNH Política Nacional de Humanização

PNIAM Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PRONAN Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

PSF Programa de Saúde da Família

RAM Rede Amamenta Brasil

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SMAM Semana Mundial da Amamentação

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBR Unidade Básica de Referência

UBS Unidade Básica de Saúde

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Componentes da Política Brasileira de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno..... 41

Figura 2 - Espiral de complexidade construtiva da intersetorialidade..... 44

Figura 3 - A grande equipe do Aleitamento Materno..... 46

Figura 4 - Cartaz da Semana Mundial da Amamentação..... 47

Figura 5 - Inovação na Saúde..... 54

QUADROS

Quadro 1 - Classificação do AME pela Organização Mundial de Saúde... 22

Quadro 2 - As diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde..... 49

Quadro 3 - Esquema alimentar para crianças não amamentadas..... 94

Quadro 4 - O motivo que levou os profissionais de saúde a amamentar os seus filho, Ribeirão das Neves, 2012..... 96

Quadro 5 - O início e o motivo do desmame dos filhos dos profissionais de saúde 102

Quadro 6 - A importância do AM na visão dos profissionais de saúde..... 109

Quadro 7 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar 123

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno..... 138

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde..... 156

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno..... 179

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame 194

Quadro 12 – Esquema alimentar para os primeiros dois anos de vida das crianças amamentadas..... 209

Quadro 13 - Rotina dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar ao binômio 211

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves..... 228

TABELAS

Tabela 1 - Notação de uma tabela 2x2 (*x* representa o número de ocorrências e π representa a probabilidade)..... 69

Tabela 2- Distribuição da amostra pelas regiões sanitárias e caracterização das crianças entrevistadas..... 74

Tabela 3 – Alimentação da criança nas últimas 24 horas..... 75

Tabela 4 – Dados referentes ao nascimento da criança..... 76

Tabela 5 – Alimentação da criança no primeiro dia no domicílio..... 77

Tabela 6 – Dados da mãe da criança..... 78

Tabela 7 – Aleitamento exclusivo aos seis meses de vida..... 78

Tabela 8 - Resultados da análise de associação da AME, Ribeirão das Neves 2012..... 83

Tabela 9 - Resultados da análise de associação entre idade da criança e o hábito alimentar, Ribeirão das Neves 2012..... 89

Tabela 10- Rotina de encaminhamento da nutriz quando o profissional de saúde apresenta dificuldade em conduzir o caso, Ribeirão das Neves, 2012..... 223

Tabela 11 – Relação dos profissionais de saúde que realizam atividades educativas em aleitamento materno..... 224

Tabela 12 – Atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde para promover o aleitamento materno..... 224

Tabela 13 - Relação das características essenciais para o funcionamento do serviço de referência em aleitamento materno a partir da percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012..... 242

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da porcentagem dos hábitos alimentares das crianças, Ribeirão das Neves, 2012..... 80

Gráfico 2 - Porcentagem do hospital de nascimento das crianças do estudo, Ribeirão das Neves, 2012..... 81

Gráfico 3 - Porcentagem da ocorrência dos partos entre os municípios, Ribeirão das Neves, 2012..... 82

Gráfico 4 - Motivo que levou as profissionais de saúde a amamentar os seus filhos, Ribeirão das Neves, 2012..... 99

Gráfico 5 - Motivo do desmame dos filhos das profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012..... 105

Gráfico 6 - A importância do AM, a partir da visão dos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012..... 120

Gráfico 7 - A percepção dos profissionais de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar e a situação familiar da mulher, Ribeirão das Neves, 2012..... 135

Gráfico 8 – A percepção dos profissionais de saúde sobre a relação entre a condição de vida das mulheres, o trabalho e o aleitamento materno, Ribeirão das Neves, 2012..... 153

Gráfico 9 - Orientações sobre aleitamento materno realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012..... 173

Gráfico 10 - Frequência dos tipos de orientações sobre aleitamento materno realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012..... 178

Gráfico 11 - Orientações sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012..... 191

Gráfico 12 - Orientações sobre o desmame realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012..... 206

Gráfico 13 - Frequência dos tipos de orientações sobre o desmame realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012..... 210

Gráfico 14 - Rotina de visita domiciliar dos profissionais de saúde ao binômio mãe/filho, Ribeirão das Neves, 2012..... 221

Gráfico 15 - Considerações dos profissionais de saúde sobre a implantação de um serviço de referência para o atendimento do aleitamento no Município, Ribeirão das Neves, 2012..... 240

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 19

2 OBJETIVOS..... 25

2.1 Objetivo Geral..... 25

2.1.2 Objetivos Específicos 25

2.2 Resultados Esperados..... 25

3 REVISÃO DA LITERATURA 28

3.1 Promoção da Saúde e Aleitamento Materno 28

3.2 O Processo de Trabalho e as Ações desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde 47

3.3 O Contexto sócio cultural do Aleitamento Materno 59

4 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO...... 65

4.1 Tipo de pesquisa..... 65

4.2 Cenário do estudo 66

4.3 Coleta de Dados..... 66

4.3.1 Obtenção dos dados quantitativos..... 66

4.3.2 Obtenção dos dados qualitativos..... 68

4.4 Análise dos dados..... 69

4.5 Aspéctos éticos..... 73

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS..... 74

5.1 Análise quantitativa 74

5.2 O Discurso do Sujeito Coletivo 95

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 244

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOCIAL..... 248

7.1 Título do projeto..... 248

7.2 Identificação Inicial..... 248

7.3 Caracterização do problema..... 249

7.4 Análise da demanda..... 250

7.5 Concepções e saberes que orientam a intervenção..... 253

7.6 Mapeamento do contexto da intervenção e das articulações no contexto..... 253

7.7 A questão da participação dos diversos atores sociais envolvidos..... 254

7.8 Dimensões afetivas e simbólicas e fatores socioeconômicos/culturais..... 255

7.9 Saberes e instrumentais (dispositivos) de análise e de intervenção..... 256

7.10 Dilemas e formas de enfrentamento dos dilemas no processo de intervenção..... 256

7.11 Articulação teórico-prática com o trabalho de conclusão de curso..... 256

REFERÊNCIAS..... 259

APÊNDICES..... 275

ANEXOS 279

1 INTRODUÇÃO

As décadas de 1970 e 1980 foram palco de grandes discussões científicas, tecnológicas, sociais, econômicas e socioculturais com reflexos importantes na área da saúde. Cria-se, nesse momento, uma nova concepção de saúde, na qual o homem é visto como um ser integral e o seu bem estar, em todas as dimensões, é afetado constantemente por fatores tanto biogenéticos quanto ligados ao ambiente no qual este homem está inserido (WESTPHAL, 2007).

A partir dessa nova concepção de saúde, um novo modelo assistencial foi gestado, cuja fundamentação inscreve o homem como sujeito ativo e que, portanto, deve ser assistido integralmente e que orienta os profissionais da saúde a pautar suas práticas assistenciais na promoção da saúde e prevenção de doenças. Esta nova proposta busca substituir o modelo biomédico, que se caracteriza por um assistencialismo centrado no profissional médico, visando a cura da doença e/ou o seu controle.

A promoção da saúde tem como eixo básico o fortalecimento da ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, compartilhando com estes a tarefa de cuidarem de si mesmos. Nessa configuração, ela fortalece a capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade das condicionantes da saúde (visão holística do sujeito), cria mecanismos para utilizar o conhecimento técnico-científico em consonância com as singularidades e diferenças da comunidade e dos indivíduos que a compõem, valorizando sempre que possível o conhecimento tácito dos sujeitos (CZERESNI, 2003; RABELLO, 2010).

Em contrapartida, a prevenção da saúde compreende uma ação prévia, orientada a evitar o aparecimento de certas doenças. As ações de prevenção se baseiam em estudos epidemiológicos, com vistas ao controle da transmissão de doenças e à redução de danos causados por estas. Os sujeitos não são convidados a participar do processo de construção das ações de saúde. É uma decisão verticalizada que utiliza os meios de comunicação para divulgar as informações científicas e para recomendar ações normativas de mudanças de hábitos de vida ou de higiene (CZERESNI, 2003).

De acordo ainda com Czeresni (2003), o que diferencia a promoção da prevenção da saúde é a consciência de que o conhecimento científico não é suficiente para melhorar a qualidade de vida e a condição de saúde da população. Buscar a saúde é uma questão social, existencial, ética, permeada de singularidades e de conhecimentos não científicos. A promoção da saúde não se expressa, assim, por conceitos definidos, precisos e facilmente mensuráveis, uma vez que trabalha com questões subjetivas dos sujeitos envolvidos, tornando-a moldável a cada indivíduo/comunidade.

A partir das políticas de promoção da saúde em especial do AM, o Ministério da Saúde lançou alguns programas, visando à iniciativa da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tais como: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), as campanhas anuais como a Semana Mundial da Amamentação (SMAM), o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, a Política Nacional de Aleitamento Materno e, recentemente, A Rede Amamenta Brasil (RAM).

O aleitamento materno é um processo não só biológico, mas também cultural e social (BRASIL, 2011a). O leite humano é infinitamente superior aos outros tipos de leite, fato já devidamente comprovado por diversos estudos. Dentre os argumentos que favorecem o aleitamento encontram-se a diminuição de mortes infantis, de diarreias e de infecção respiratória; diminui o risco de alergias, de hipertensão, de colesterol alto e diabetes na vida adulta; reduz a chance de obesidade e oferece melhor nutrição para o lactente; produz um efeito positivo na inteligência e melhoria no desenvolvimento da cavidade bucal; protege contra o câncer de mama, evita nova gravidez no período puerperal e promove o vínculo afetivo entre mãe e filho (BRASIL, 2009a).

Na busca de compreensão desse universo subjetivo que envolve a mãe, o recém-nascido, a família, a comunidade, os costumes e os conhecimentos tácitos, fez-se necessária a criação/implementação de uma política de promoção do AM. Assim, em 2008, foi criada a Rede Amamenta Brasil, uma política de promoção, proteção e

apoio ao Aleitamento Materno (AM), da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

A Rede Amamenta Brasil, propõe aumentar os índices de AM no país, por meio de ações de capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS´s), para que estes se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM, criando ações integralizadoras em AM na atenção primária (BRASIL, 2011a).

A perspectiva de Rede abarca uma cumplicidade horizontal entre os integrantes de toda a equipe de saúde e da comunidade, favorecendo a definição coletiva de objetivos, fluxos e prioridade das ações (BRASIL, 2011a).

Embora a situação do AM no Brasil tenha melhorado significativamente nos últimos anos, ainda estamos aquém do preconizado pela OMS. A Rede Amamenta Brasil constitui uma das estratégias adotadas nacionalmente para melhorar os índices de AME.

O Brasil é um dos signatários da Declaração do Milênio, que inclui, em um dos seus oito itens, a redução de dois terços da mortalidade infantil até 2015. Segundo dados do Ministério da Saúde, conclui-se que a prática do AM reduz em até 13% as mortes por causas preveníveis em menores de 05 anos em todo o mundo (BRASIL, 2011a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o AM em Muito Ruim, Ruim, Bom e Muito Bom, nos seguintes aspectos: AM na 1ª hora de vida, Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de seis meses e duração mediana do AM. A avaliação varia de acordo com a porcentagem encontrada em cada desses itens, salvo no último, que é considerado a idade em meses da criança, conforme o quadro a seguir (BRASIL, 2009b, p.56).

Quadro 1 - Classificação do AME pela Organização Mundial de Saúde

Aleitamento materno na 1ª hora de vida	Classificação da OMS
Muito ruim	0-29%
Ruim	30-49%
Bom	50-89%
Muito bom	90-100%
AME em menores de 6 meses	
Muito ruim	0-11%
Ruim	12-49%
Bom	50-89%
Muito bom	90-100%
Duração mediana do AM	
Muito ruim	0-17 meses
Ruim	18-20 meses
Bom	21-22 meses
Muito bom	23-24 meses

Fonte: BRASIL, 2009b, p.56.

No Brasil, a prevalência de AME é de 41%, no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009b). Segundo a classificação da OMS, este valor é classificado como Ruim. O valor classificado como Muito Bom ficaria entre 90 e 100%.

Em 2010, a mesma pesquisa foi realizada em 227 municípios brasileiros, não sendo contemplando o município de Ribeirão das Neves na região Sudeste. Neste estudo, verificou-se que a prevalência do AME em menores de seis meses, em 60% do estado de Minas Gerais, permaneceu abaixo da média Nacional (BRASIL, 2010).

O município de Ribeirão das Neves está situado na região metropolitana de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais. O município possui uma população estimada de 303.029 habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (BRASIL, 2013b), e possui 53 UBS´s. No entanto, segundo os dados do Ministério da Saúde (MS), o município conta com 34 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas e uma cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) de 39,14% (BRASIL, 2013a).

O município é considerado como uma cidade dormitório e apresenta uma insipiente participação industrial e comercial expressivas, apresentando uma população carente, com uma renda per capita média de R$ 427,50 (BRASIL, 2013b). É

também marcado pela presença de cinco presídios que atende grande parte dos encarcerados de Minas Gerais, gerando particularidades na população residente do município, já que muitas famílias mudam-se para o município para ficarem mais próximas do presidiário(a).

Os profissionais de saúde lotados nas UBS´s que possui ESF, são contratados por dois anos através de um Processo Seletivo Simplificado. Apesar da possibilidade de prorrogar o contrato por mais dois anos, há uma enorme rotatividade dos profissionais de saúde por inúmeros motivos, dentre eles a sobrecarga de trabalho, a população numerosa, flutuante e agressiva, além de baixos salários. Os funcionários efetivos do município não atuam na ESF, por normas da prefeitura. Vale ressaltar que os profissionais efetivos criam um vínculo estável com o local de trabalho, favorecendo a criação de vínculo com a comunidade e a propagação de programas de promoção de saúde.

Apesar de possuirmos, no Brasil, políticas públicas para o AM, observa-se na prática assistencial uma realidade diferente: as gestantes chegam à assistência hospitalar com uma orientação insuficiente sobre o AM e, ao receberem alta hospitalar, não possuem um serviço de referência para o acompanhamento, orientação e suporte pós-natal do AM, tendo como consequência o desmame precoce e a introdução de outros alimentos não recomendados para idade do lactente (como amido de milho, farinha de arroz, café, dentre outros). Pode-se inferir que as UBS´s não estão desenvolvendo as ações de promoção, proteção e apoio ao AM, conforme estabelecido pela Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

Os municípios brasileiros utilizam os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para determinar a prevalência do AM. Porém, este sistema de informação não é fidedigno para este fim, considerando que vários profissionais de saúde podem alimentar o sistema (quando o registro é digital) e pode haver interpretação inadequada do tipo de AM que a criança se encontra. De acordo com os dados do SIAB, no ano de 2010, o município de Ribeirão das Neves apresentou uma taxa de AME em menores de quatro meses acima de 70%, chegando a obter índices de 100% (BRASIL, 2011b). Um dado questionável, comparando com prática clínica percebida no município.

Portanto, faz-se necessária uma nova investigação sobre a prevalência de AM no município de Ribeirão das Neves, para nortear as ações de promoção de saúde em aleitamento materno no município.

Diante desse cenário, faz-se necessária a investigação analítica dos problemas na prática da promoção, apoio e proteção do AM no município de Ribeirão das Neves, no estado de Minas Gerais e a partir da identificação dos problemas, criar estratégias de solução junto à comunidade local.

Para tanto, o objeto desta pesquisa são as ações dos profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar que atua nas UBS´s e que realizam ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Estariam essas práticas em consonância com as Políticas Nacionais de Promoção do Aleitamento Materno?

Pautada nessas considerações, propusemo-nos buscar responder a seguinte questão central desta pesquisa: Que ações devem ser realizadas com os profissionais de saúde lotados nos serviços de atenção primária à saúde, em Ribeirão das Neves, para que desenvolvam atividades de promoção ao AM, sensibilizando, acompanhando e trabalhando educativamente com as gestantes e nutrizes, para que o aleitamento materno se efetive como uma prática de proteção à saúde da mulher e da criança?

Procurando responder a essa questão, a pesquisa tem como hipóteses:

- Os profissionais de saúde não possuem formação/capacitação suficientes para que exerçam adequadamente a promoção, proteção e apoio ao AM;
- Os profissionais de saúde não acreditam na prática exclusiva do AM e apresentam dificuldades em reconhecer a importância da promoção, proteção e apoio ao AM;
- Os profissionais de saúde desempenham ações biomédicas na promoção do aleitamento materno, desconsiderando os fatores sociais, culturais e individuais que permeiam a prática do aleitamento materno;
- Os profissionais de saúde desconhecem os índices de AM da sua região e do país.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Analisar as representações sociais sobre o Aleitamento Materno entre os profissionais da equipe multidisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde e a situação do Aleitamento Materno Exclusivo do Município de Ribeirão das Neves.

2. 2 Objetivos específicos:

Identificar o índice de AME e as variáveis associadas no Município de Ribeirão das Neves.

Analisar os índices de AME no Município de Ribeirão das Neves e comparar com o índice Nacional de AME.

Compreender as concepções e práticas realizadas pela equipe multiprofissional para a promoção do AM nas UBS´s.

2.3 Resultados esperados:

O produto oriundo desta pesquisa visa a criação de um Centro de Apoio ao Aleitamento Materno no município de Ribeirão das Neves. Alguns estudos, conforme exemplificado a seguir, comprovam que o acompanhamento da nutriz por profissionais de saúde qualificados promove o aumento do período de aleitamento materno.

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo juntamente com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Aleitamento Materno (NEPAL), a partir de 1996, fundamentou o Programa de Atendimento Domiciliar para Mãe/Filho na Amamentação, a partir da visão interacionista simbólica, que pode ser compreendida como uma observação e análise do cotidiano da mulher e da criança, buscando intervir nas dificuldades do binômio (SILVA, 2000).

Silva (2000, p. 364) destaca que:

> [...] a nossa intenção é ressaltar que o profissional, ao estender sua assistência para além das questões biológicas da amamentação,

> buscando identificar e esclarecer junto a mulher as suas percepções acerca desta vivência, possibilita a compreensão sobre a experiência da mulher em amamentar de se realizar uma assistência ampla. [...] compreender que as tomadas de decisão da mulher em relação a amamentar ou desmamar seu filho, não são causas isoladas ou fatores simplistas dependentes exclusivamente da instrumentalização desta na habilidade de manejar as técnicas de amamentação[...]

Esse Programa de Atendimento domiciliar à mãe/filho aponta que todas as mulheres atendidas tiveram sucesso na amamentação, inclusive as relactantes, com o mínimo de intercorrências (SILVA, 2000).

Outra experiência exitosa no acompanhamento da nutriz foi realizada no ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, aonde se criou o Grupo de Apoio Materno à Amamentação (GAMA). Nesse grupo, o bebê é atendido por um pediatra habilitado em AM e as mães participam de reuniões promovidas pelo GAMA, composta por uma equipe multidisciplinar integrada por psicólogo, cirurgião dentista, pediatra, assistente social e enfermeiro, todos capacitados em AM. As reuniões visam à discussão das dificuldades vivenciadas pelas mães/bebês com o AM e o encontro de propostas e soluções para tais dificuldades pelo grupo (SANTIAGO et al*.,* 2003).

Diante da pesquisa realizada por Santiago et al. (2003, p. 509), concluiu-se que "[...] A falta de um serviço com orientação em amamentação no pós-natal imediato implicou que muitas crianças já chegassem à primeira consulta desmamadas."

Silva (2000, p.362) ressalta que:

> [...] A grande maioria dos serviços de atendimento obstétrico e neonatal não apresentam programa específico para o incentivo ao aleitamento materno, e quando este existe, não estende a assistência ao período pós-parto tardio, período este considerado crítico para a manutenção do aleitamento, pois é nas primeiras semanas do puerpério que surgem as principais intercorrências da lactação e amamentação, que somadas à insegurança materna e, muitas vezes, familiar, resulta na introdução de outros alimentos para a nutrição do lactente.

Portanto, não basta identificar o índice de AM do município de Ribeirão das Neves, tão pouco as práticas de promoção do AM. Faz-se necessário a criação de um espaço onde nutriz e filho sejam amparados por uma equipe multiprofissional especializada para o acompanhamento da amamentação e, também, possam, em grupos de discussão, expor suas fragilidades, dúvidas, expectativas e dificuldades

para que, a partir daí, se faça educação e se construam conhecimentos a esse respeito. Como afirmam Santiago et al. (2003, p.512), “[...] Não se discute que a equipe multiprofissional de AM seria o padrão-ouro de atendimento para nutrizes e bebês que queiram vencer as dificuldades da amamentação.”

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Promoção de Saúde e Aleitamento Materno

O mais primitivo movimento de Promoção da Saúde está ligado ao movimento sanitário europeu, ainda no século XIX, com reconhecimento dos governos locais e das associações comunitárias como importantes agentes no equacionamento dos problemas de saúde (WESTPHAL, 2007).

Em 1840, diante da resistência dos governos em implementar a reforma na saúde, foi criada a Associação pela Saúde das Cidades na Inglaterra, que tinha como objetivo pressionar as autoridades para a proposição de alterações nas leis e melhoria das condições de saúde da população. Ainda em 1840, o inglês Thomas Mckeown estudou os fatores causais da mortalidade da população inglesa e concluiu que a qualidade de vida desta e a mortalidade estavam ligadas ao desenvolvimento econômico e à nutrição adequada. Também nesse século, há trabalhos que reviram a “Lei dos Pobres”, inaugurando as propostas de promoção da saúde como importantes elementos para a produção social da saúde (WESTPHAL, 2007).

Em contra hegemonia à “era terapêutica” instituída em 1930 onde as ações de saúde eram vinculadas aos grandes hospitais com superespecialistas e a prática sanitária se baseava na busca da cura dos indivíduos que manifestavam alguma doença surgiram dois importantes sanitaristas: Henry Sigerist, que em 1946 nominou a Promoção da Saúde com uma das áreas de trabalho da medicina e Leawell & Clark, que em 1970, relacionaram a Promoção da Saúde com ações do primeiro estágio da História Natural da Doença (WESTPHAL, 2007; BECKER, 2001; FERNANDEZ, 2011).

Na década de 70, vários países passaram por uma crise no setor da saúde, devido ao alto custo dos serviços médicos e dos tratamentos e, também, diante da evidência de que esses altos custos não estavam oferecendo positivos equivalentes na melhoria da qualidade de vida da população. Essa crise gerou novas estratégias em saúde, resultando na chamada “nova saúde pública”, que,

segundo Westphal (2007, p. 21) surge “do reconhecimento de que tudo que existe é produto da ação humana, exceto o que se poderia chamar de natureza intocada”.

Na mesma década, no Canadá, o Informe de Lalonde (1974) foi decisivo para questionar o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, sendo responsável pelo início de uma nova era de interesse social e político pela saúde pública, com foco nas transformações do estilo de vida (RABELLO, 2010).

Porém, não foi a partir do Informe de Lalonde que teve início a Promoção da Saúde como a “nova saúde pública”, mas sim, a partir da Conferência de Alma-Ata ocorrida no Cazaquistão, antiga União Soviética, ocorrida em 1978. Neste momento a saúde,

> Foi pela primeira vez reconhecida como um direito a ser afirmado não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas, também, por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade. A sua estratégia básica, a Atenção Primária à Saúde, com participação dos usuários, gradativamente foi demonstrando que, para ser um bem universal - “Saúde para todos no ano 2000”, o lema da Alma-Ata, seriam necessárias mudanças nas relações de poder entre os que oferecem serviços de saúde e os que os utilizam, ou seja, a comunidade que paga por eles (WESTPHAL, 2007, p.22).

A ampliação do uso do termo Promoção da Saúde, relacionado com autonomia e emancipação, deu-se pelos profissionais insatisfeitos com o modelo biomédico instituído. Em 1984, no Congresso Canadense de Saúde Pública, realizado para avaliar os progressos atingidos após dez anos da publicação do Informe de Lalonde, foram definidos os princípios da Promoção da Saúde. Ao final do Congresso, Leonard Duhl formulou o ideário de “Cidades Saudáveis”, como uma utopia a ser alcançada. Cabe dizer que a estratégia e os princípios foram adotados pela Direção Europeia de Promoção da Saúde (WESTPHAL, 2007; FERNANDEZ, 2011).

Em 1986, na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Otawa, no Canadá, em resposta à demanda para a “nova saúde pública”, o foco de discussão foi a Promoção da Saúde e Saúde para Todos no ano 2000 e anos subsequentes. Nessa conferência, Promoção da Saúde foi assim definida:

> Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde,

> incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OTAWA, 1986, p. 01).

Dentre os compromissos firmados para a Promoção da Saúde, nessa Conferência, destacam-se: a diminuição do fosso existente entre diferentes sociedades e grupos sociais no que concerne às condições de saúde; reconhecimento das pessoas como protagonistas da própria saúde e, como tal, apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis bem como seus familiares e amigos; escutar atentamente a comunidade e fazer de suas expressões verbais e não verbais a matéria prima do cuidado em saúde. Reorientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde e o incentivo à participação e colaboração de outros setores, da própria comunidade (OTAWA, 1986).

Desta forma, a saúde torna-se um compromisso social e político, exigindo ações intersetoriais e multidisciplinares de seus atores e gestores.

Em nível nacional temos, em 1988, a formulação da Constituição Federal Brasileira que, na Seção II – Da Saúde, garante a criação e financiamento às ações básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizando a “nova saúde pública” brasileira. Somente em 1990, foi promulgada a Lei nº 8080/90 que regulamenta o SUS e, no mesmo ano, foi também promulgada a Lei nº 8142/90 que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS (BRASIL, 1990).

Em 1991, na Conferência de Sudsvall, na Suécia, houve a implementação do tema ambiente na agenda da saúde, o que foi reforçado em 1992, na Conferência Internacional realizada no Brasil, constituindo a ECO 92, onde se reforçou a importância da construção de ambientes de apoio à Promoção da Saúde (WESTPHAL, 2007; RABELLO, 2010).

Em 1998, a Conferência de Jacarta, na Indonésia, estabeleceu cinco prioridades para a Promoção da Saúde até o século XXI, que são:

> 1) Promover a responsabilidade social pela saúde;
> 2) Aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes de saúde;
> 3) Expandir e consolidar alianças para a saúde;
> 4) Aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde;
> 5) Assegurar a infraestrutura para a promoção da saúde (OMS, 1997, p.2).

Na V Conferência de Promoção da Saúde, ocorrida no México no ano 2000, identificou-se que os compromissos assumidos durante as Conferências anteriores não haviam sido realizados. Uma nova metodologia foi instituída e os Ministros assinaram a Declaração Presidencial, conforme Westphal (2007, p.28)

> [...] reconhecer a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a manutenção das ações de saúde em nível local, nacional e internacional e comprometendo-se a elaboração de Planos de Ação para monitorar o progresso da incorporação das estratégias de Promoção da Saúde na política nacional e local.

A VI Conferência Global de Promoção da Saúde, ocorrida em 2005, em Bangcoc, na Tailândia, discutiu a globalização saudável e amigável e, sobretudo, o fortalecimento da saúde pública em torno do compromisso de saúde para todos (WESTPHAL, 2007).

A Promoção da Saúde objetiva melhorar a qualidade de vida da população e, para tanto, inclui outros campos de atuação para garantir os princípios definidos pela Carta de Otawa, que são: a equidade, a participação social, a intersetorialidade e a sustentabilidade.

A equidade busca atender a todos de uma forma igualitária, perpassa pela estrutura institucional que no Brasil é regida pelo SUS e pela sociedade civil. Ora, a estrutura institucional é uma representação feita pela sociedade, e sua manutenção está diretamente ligada aos valores despertados na sociedade.

Rabello (2010, p. 47) afirma que:

> [...] A mudança dentro das instituições é uma mudança dentro da cultura institucional, pois tudo se passa dentro da esfera da relação com a sociedade, mas esta é propriamente o que se chama de sistema de representações coletivas. Os fatos sociais são então as causas porque são representações ou agem sobre essas representações.

A promoção da saúde poderia ser considerada como um fenômeno social, representada através das esferas institucionais de saúde.

No que tange à participação social, esta pode ser considerada como a engrenagem da grande máquina da promoção da saúde. Ela é fundamental para que a promoção da saúde aconteça. O sujeito deve ser corresponsável pelo estabelecimento da sua saúde e deve exercer a sua cidadania, desenvolver sua autonomia e não ser dominado pelo mercado que trata a saúde como um produto, não como um direito do cidadão (RABELLO, 2010; LEFEVRE e LEFEVRE, 2007).

> O movimento da promoção da saúde, se tomado positivamente, poderia possibilitar a construção de uma consciência crítica sobre a saúde por parte das pessoas, sejam de quaisquer classes sociais, pois não é privilégio de pessoas pobres a não incorporação dos problemas de saúde como preocupação importante da vida. O uso manipulado das informações por parte dos governos é sempre possível, e os governos, sob a égide do neoliberalismo, com seu interesse prioritário de baixar custos, não investem necessariamente em desenvolver a consciência crítica da cidadania, em melhorar as condições de vida das populações (RABELLO, 2010, p. 73)

A promoção de saúde é uma política social, considerando que “A saúde está presente em todos os recantos e momentos da vida social e é responsabilidade de todos, indistintamente” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2007, p. 42), fator que a torna pauta essencial nas agendas políticas. Mas, será que é assim tratada?

Assim, a promoção da saúde deve “representar algo parecido com uma mudança de paradigma” (LEFEVRE e LEFEVRE, 2007, p. 43), devendo a instituição de saúde representar socialmente a população atendida, desenvolvendo ações relacionadas à realidade desta população para que a promoção da saúde não se torne algo inalcançável. Em contrapartida, a população deve representar a instituição por meio de mudanças na concepção de saúde e doença e nas ações de corresponsabilidade com a saúde.

Ao tornar-se ator e sujeito das ações de saúde, o cidadão promove a melhoria da sua qualidade de vida e daqueles que o cercam. Não há um consenso na literatura quanto ao conceito de qualidade de vida; esta foi definida didaticamente através de duas vertentes: um conceito genérico de qualidade de vida e outro ligado à saúde. No primeiro caso, a qualidade de vida é apresentada amplamente, por meio de estudos sociológicos, sem fazer menção a agravos ou disfunções de saúde. No segundo caso, a qualidade de vida relaciona-se diretamente com o estado de saúde do indivíduo. A OMS considera que a qualidade de vida refere-se à

percepção do indivíduo sobre a sua vida, suas relações sociais e sobre os valores sociais nos quais está inserido, em relação aos seus objetivos e expectativas pessoais (CAMPOS e NETO, 2008; SEIDL e ZANNON, 2004; FLECK, 2000).

Assim sendo, a promoção da saúde não tem como objetivo erradicar a doença, mas sim difundir uma conotação positiva da qualidade de vida, promovendo não somente ações de cuidado com a saúde, mas também de mudança de paradigma de vida. Avaliar a qualidade de vida da população tem por objetivo contribuir para o direcionamento das decisões gerenciais, políticas e de promoção de saúde dos gestores e trabalhadores da saúde (LEFEVRE e LEFEVRE, 2010; CAMPOS e NETO, 2008).

Não há um valor mínimo ou condições mínimas para a qualidade de vida. O que deve ser considerado não apenas em estudos científicos, mas na prática clínica, é a percepção do indivíduo sobre a sua vida e sobre os seus objetivos.

> A visão entre condições sociais, qualidade de vida e saúde aproxima os clássicos da medicina social da discussão que vem apresentando a promoção de saúde como sua estratégia central. Apresenta-se com foco centralizado em não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e qualidade de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade, consiste na essência das políticas públicas saudáveis (CAMPOS e NETO, 2008, p. 234).

Outro princípio para garantir a qualidade de vida por intermédio da promoção de saúde é a sustentabilidade. A OMS juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) criaram a iniciativa das Cidades Saudáveis, que propõe um olhar sobre o espaço urbano que permita estimular o governo e a sociedade civil para o desenvolvimento de projetos e estratégias que possibilitem a equidade e a melhoria da qualidade de vida da população.

> Cidade saudável ou município saudável é um movimento em prol da promoção de saúde que procura congregar todos os setores para que estabeleçam formas, locais, estratégias e recursos para ações concretas da melhoria da qualidade de vida (RIO DE JANEIRO, 2005, p. 49).

Portanto, a estratégia da cidade saudável compreende a mudança governamental e a participação popular ao acreditar que “as melhores abordagens sobre

oportunidades e problemas se encontram entre os atores que os vivenciam. [...] os problemas estão inter-relacionados uns aos outros" (FERNANDEZ e MENDES, 2007).

A sustentabilidade para Merico (2001, p. 264) pode ser definida como:

> [...] a capacidade de as gerações presentes atenderem suas necessidades sem comprometer a capacidade de as gerações futuras fazerem o mesmo. Por motivo de justiça, as gerações futuras devem receber uma herança pelo menos igual, ou superior, à herança que nossas gerações receberam.

Pode-se inferir que o projeto da cidade saudável envolve o conceito de sustentabilidade e o supera, ao introduzir à sustentabilidade outras ações como: promoção de saúde, qualidade de vida, participação popular, entre outros.

A intersetorialidade vem abarcar os outros princípios deduzidos pela carta de Otawa. Ela compreende um envolvimento organizado, planejado e coletivo, que necessita de um relacionamento respeitoso da diversidade e das particularidades de cada setor envolvido. Espera-se que, com a intersetorialidade, possa haver uma articulação entre diversos setores para a resolução de um problema comum da população/comunidade.

Silva (2008) compreende que a sustentabilidade solicita sobrepujar a lógica que divide pessoas e comunidades em detrimento das demandas de interesse disciplinar e segrega grupos sociais afastando-os de seu contexto, forçando-os a busca da melhoria da qualidade de vida a partir dos próprios esforços e desprendimento de tempo .

Retornando à intersetorialidade é importante ressaltar que ela tem como foco a população e as prioridades são definidas a partir dos problemas vivenciados por esta população.

A promoção da saúde, no que diz respeito ao aleitamento materno, requisita superar dogmas e ideologias, construir redes gestadas com diálogos, trocas e aprendizagens, com inclusão ativa da comunidade, respeito à cultura, às

singularidades, dentre outros e, assim, haja articulação de ações de cuidado com a saúde materna infantil.

É oportuno ressaltar que a década de 70 foi marcada por aumento da desnutrição e da mortalidade infantil. Diante desse cenário, várias ações de incentivo ao AM foram criadas nacionalmente, de acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Assim, em 1972, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que teve como objetivo formular a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, de elaborar o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e de centralizar as atividades de alimentação e nutrição. Em 1976, criou-se o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, com o envolvimento de vários ministérios, contemplando ações dirigidas às gestantes, nutrizes e crianças, inclusive ações relacionadas ao AM (ESPÍRITO SANTO, 2010).

Até o final da década de 70, era bastante comum incentivar a introdução de leites artificiais na alimentação do lactente. Muitas mães saíam das maternidades com latas de leite artificial e os médicos eram estimulados pelos fabricantes de leite artificial a prescrever as fórmulas lácteas. Diante desse cenário, em 1974, o jornalista Mike Müller, publicou o relatório " *The baby killer*", denunciando a consequência desastrosa da comercialização de leites artificiais em lactentes. O relatório alcançou uma dimensão extraordinária, sendo relevante destacar:

> Bebês do Terceiro Mundo estão morrendo porque suas mães os alimentam no estilo ocidental, com leites infantis em mamadeira. Muitos dos que não morrem entram num círculo vicioso de má nutrição e doença que os deixarão física e intelectualmente retardados pelo resto de suas vidas. O fato assustador é que esse sofrimento é evitável. O remédio está à disposição de todos, exceto para uma pequena minoria de mães que não pode amamentar. Isso porque o leite materno é aceito por todos como o melhor alimento para qualquer bebê com menos de 6 meses (MÜLLER, 1995 *apud* NUNES, 2010, p. 54).

Percebe-se, nesses dizeres, que os habitantes do terceiro mundo, isto é, dos países pobres, investem na aquisição de leites artificiais e deixam de ofertar aos filhos o leite humano bem superior em nutrientes e sem ônus para a mãe. Críticas às indústrias e comercialização do leite são postas nesse relatório:

> [...] um número cada vez maior de mães do Terceiro Mundo se está voltando para a alimentação artificial durante os primeiros meses de vida de seus bebês. Na miséria e pobreza das novas cidades da África, Ásia e América Latina, frequentemente a decisão é fatal. A indústria de alimentos infantis é acusada de promover seus produtos em comunidades que não podem usá-los adequadamente, de usar propaganda, vendedoras em uniformes de enfermeiras, de distribuir amostras e donativos para persuadir as mães a abandonarem a amamentação (MÜLLER, 1995 *apud* NUNES, 2010, p. 55).

A certeza da superioridade do leite humano só veio, de fato, na década de 80 e, com ela, a preocupação do governo brasileiro em desenvolver diretrizes e estratégias para a recuperação da prática do AM. Assim, em 1981, foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), sob a coordenação do INAN. O principal objetivo do PNIAM era realizar ações integradas entre as diversas instituições que compunham o Programa e os demais segmentos da sociedade civil organizada (ESPÍRITO SANTO, 2010)

A aliança criada pelo PNIAM entre governo e sociedade civil garantiu o aumento das taxas de AM naquela época, o que corrobora com a certeza de que a instituição de redes entre as diversas esferas que compõem a sociedade é sempre favorável, independente do tema em questão.

No ano de 1983, aprovou-se a obrigatoriedade do Alojamento Conjunto, pela Resolução nº 18 do INAMPS/MS. Porém, somente em 01/09/1993, foi publicada a Portaria nº 1016 MS/GMS, que regulamenta sobre o Alojamento Conjunto, prevendo, dentre outros aspectos, a permanência em tempo integral do recém-nascido com a mãe, durante o período de internação, um ao lado do outro. Esta medida visa aumentar o vínculo entre mãe e bebê, promover a autonomia da mãe sobre os cuidados do filho, estimular ao AM e aumentar a segurança do binômio, diminuindo o risco de troca de bebês e até mesmo rapto (BRASIL, 1993).

A partir de 1984, o governo brasileiro criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) com a intenção de diminuir os altos índices de mortalidade infantil, com ações de proteção à saúde da criança e enfrentamento às adversidades que acometiam este grupo tão frágil. O PAISC foi instituído com o objetivo de promover a saúde de forma integral, priorizando as crianças que se

encontravam em situação de vulnerabilidade. Para tanto, o PAISC visava qualificar a assistência prestada e aumentar a cobertura dos serviços de saúde.

O PAISC contemplava as seguintes ações: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas e a imunização (BRASIL, 2009c).

Espírito Santo (2010) assinala que em 1988 foi promulgada a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Saúde. E que no ano de 1989, a OMS e a UNICEF lançaram uma Declaração Conjunta sobre o papel dos serviços de saúde, instituindo os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, o que reduziu em 65% o acesso dos lactentes aos leites modificados.

Cabe, entretanto, explicitar que a proteção à criança ocorreu em 1990, inicialmente com a Lei Federal nº 8069. O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), em seu Artigo 9º afirma que: “O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade” (BRASIL, 1990, p.02).

Ainda em 1990, a *Declaração de Inoccenti*, que dispõe sobre a promoção, apoio e proteção ao AM, foi desenvolvida pelo encontro promovido pela OMS e UNICEF, "*Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative*”, que contava com a participação de Organizações Não-Governamentais (ONGs), Governo e Defensores da Amamentação de todo o mundo. A declaração busca viabilizar a ação do AM, promovendo autonomia da mulher e criando redes entre as diversas esferas da sociedade para garantir o AM.

Essa Declaração foi assinada por todos os países presentes, declarando que:

> Para otimizar a saúde e a nutrição materno-infantil, todas as mulheres devem estar capacitadas a praticar o aleitamento materno exclusivo e todas as crianças devem ser alimentadas exclusivamente com o leite materno, desde o nascimento até os primeiros 4 e 6 meses de vida. [...] Esta alimentação ideal deve ser alcançada por meio da criação de um processo de conscientização e de apoio para que as mães possam alimentar suas crianças dessa maneira (OMS/UNICEF, 1990, p.01).

Portanto, aumentar os índices de AM exige envolvimento tanto da sociedade quanto do governo. Este tema deve ser pauta das agendas políticas, pois é um assunto que entrelaça vários pontos de interesse social como a melhoria da qualidade de vida, a diminuição da mortalidade e morbidade infantil, a diminuição da morbidade materna, o aumento do vínculo entre mãe e filho, o menor impacto ambiental, menor custo social, entre outros.

A *Declaração de Inoccenti,* destaca que,

> Atingir este objetivo exige de muitos países reforçar a cultura do aleitamento materno, defendendo vigorosamente esta prática contra as incursões da cultura da mamadeira. Isto requer compromisso e campanhas de mobilização social, utilizando o prestígio e a autoridade de líderes reconhecidos da sociedade em todos os setores (OMS/UNICEF, 1990, p. 02).

Para alcançar esses itens declarados, a *Declaração de Inoccenti* previu algumas metas possíveis de serem alcançadas, estabelecendo que até 1995, os países deveriam criar um Comitê Nacional de Aleitamento Materno, composto por representantes de ONG´s e do Governo, com eleição de um Coordenador Nacional de AM, implementação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, elaboração de uma legislação que assegurasse o direito da mulher trabalhadora em amamentar e assegurasse que as maternidades realizassem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, o que compõe a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) (OMS/UNICEF, 1990).

O Comitê Nacional de Aleitamento Materno no Brasil foi criado somente em 2006, pela Portaria GM/MS nº 618, em 23 de março. Em 1991, o UNICEF lançou a IHAC com o objetivo de mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde, buscando modificar as ações em saúde a fim de diminuir o desmame precoce. A proposta foi incorporada como ação prioritária no Brasil em 1992.

Em 1992, o Conselho Nacional de Saúde, aprovou a Resolução nº 31, declarando a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL). No ano de 1995, o Ministério da Saúde lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil, que tinha por objetivo reduzir os óbitos infantis e a melhoria das condições

de saúde das crianças, através do fortalecimento dos diversos programas governamentais, inclusive, as ações de promoção, proteção e apoio ao AM (ESPÍRITO SANTO, 2010).

Em 1998, criou-se a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (REDEBLH) e em 1999, o Ministério da Saúde passou a ser o responsável pela coordenação nacional da Semana Mundial da Amamentação (SMAM).

Em 2006, a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno teve suas ações prioritárias estabelecidas entre a Coordenação da Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, o Comitê Nacional de Aleitamento Materno e as Coordenações das Áreas de Saúde da Criança.

Ressalva-se que essa política contempla as seguintes estratégias: Rede Amamenta Brasil, REDEBLH, IHAC, Proteção Legal ao Aleitamento Materno, Mobilização Social, Monitoramento dos Indicadores de Aleitamento Materno (BRASIL, 2011c).

A Rede Amamenta Brasil (RAM), por meio da Portaria 2799 de 18 de novembro de 2008, com vistas à criação de ações de promoção, proteção e apoio ao AM nas UBS´s menciona que

> Uma estrutura em rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio dos que os cercam. Os componentes da rede devem definir coletivamente os objetivos, agregar as pessoas, grupos ou organizações disponíveis ao redor desses objetivos e definir fluxos de acordo com a necessidade e gravidade de cada situação. [...] A Rede Amamenta Brasil surgiu da necessidade de a amamentação ser compreendida pelos profissionais e pela sociedade como um processo não apenas biológico, mas também social e cultural, e da necessidade de se estabelecer uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica (BRASIL, 2011a, p. 4 - 5).

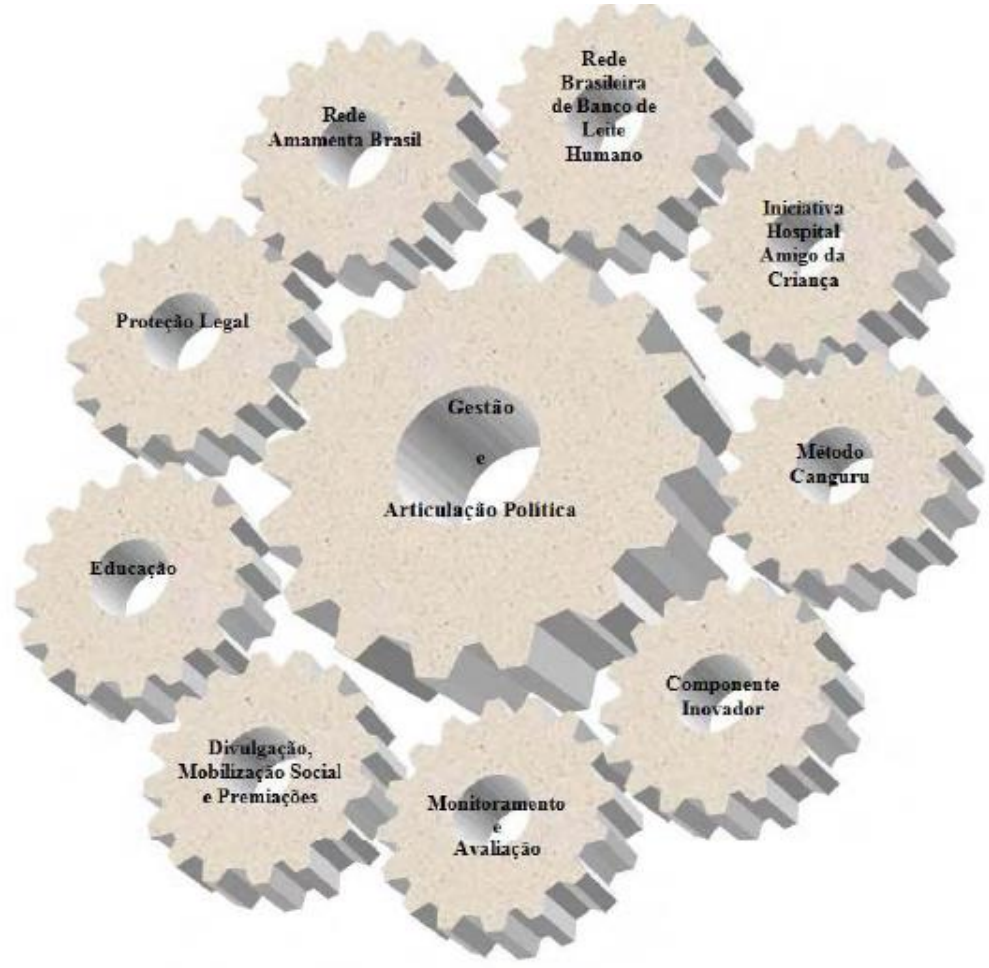
Esta estratégia nacional tem como um de seus fundamentos a formação de tutores que realizarão as oficinas nas UBS´s, tornando-se responsáveis pelo acompanhamento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM e pelo monitoramento do índice de AM nesses cenários capacitados. Para que as ações de promoção do AM aconteçam, cada UBS pactuará ações para a promoção do AM dentro da sua realidade.

Concernente à proposta de educação permanente em saúde, as UBS deverão propor oficinas de trabalho, durante a qual toda a equipe discute o seu processo de trabalho em relação às ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Assim, cada equipe expõe suas dificuldades e acertos e busca as soluções a partir da sua realidade. O profissional de saúde que atua junto à mulher que amamenta deve ter habilidade científica, técnica e de relacionamento para assistir, além da mulher, o seu companheiro, filhos, família e comunidade, reunindo os diferentes segmentos que compõem a extensa rede sociobiológica do AM (BRASIL, 2011a, p. 8).

A UBS que cumprir com as metas pactuadas e promover o aumento dos índices de AM na Unidade passa por uma avaliação do Ministério da Saúde, conjuntamente com a Secretaria Estadual de Saúde e poderá ser credenciada como UBS da Rede Amamenta Brasil. A certificação tem validade por um ano e pode ser renovada anualmente, desde que a UBS permaneça com as ações de promoção, proteção e apoio ao AM e mantenha alto os índices de AM.

Assim, pode-se concluir que as ações de promoção do AM, são inicialmente coordenadas pela Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Esta política compreende as seguintes estratégias: Rede Amamenta Brasil, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Proteção Legal ao Aleitamento Materno, Mobilização Social e Monitoramento dos Indicadores de Aleitamento Materno (BRASIL, 2011a).

Figura 1 - Componentes da Política Brasileira de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.



Fonte: BRASIL, 2011d, p.8

Além dessas estratégias, a promoção do AM integra-se com outros programas, tais como: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Declaração do Milênio, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, o Projeto da Redução da Mortalidade Infantil, o Programa de Humanização do pré-natal, parto e nascimento, a Agenda de Compromissos para a Saúde integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, a Semana Mundial do Aleitamento Materno, a Política Nacional da Atenção Básica, a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, o Prêmio Bibi Vogel, entre outros.

Percebe-se que a promoção do AM envolve diversas políticas, em diversas áreas do conhecimento, sendo inerente à sua existência uma ação intersetorial. Reforça-se uma vez mais o conceito de intersetorialidade, de acordo com Inojosa (2001, p. 105)

> [...] a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas.

Com a intencionalidade de realizar um trabalho em rede, a Política Nacional da Atenção Básica integra as ações de saúde aos seguintes Ministérios: da Educação, do Desenvolvimento Social, do Desenvolvimento Agrário, da Justiça e da Cultura. (OPAS/OMS, 2011a)

Para a OPAS, o trabalho em rede é composto por três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. No primeiro elemento da rede de atenção à saúde, pode-se destacar que:

> [...] A atenção à saúde baseada na população é a capacidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica sob sua responsabilidade, de acordo com riscos, bem como de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (OPAS/OMS, 2011e, p. 19)

Prosseguindo, assevera que a estrutura operacional é “constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós” (OPAS/OMS, 2011b, p.20).

Por fim, o modelo de atenção à saúde compreende os sistemas que organizam e materializam o funcionamento das redes de atenção à saúde e que devem articular as relações entre a população e as subpopulações, respeitando suas especificidades e, em detrimento disso, focar as diferentes intervenções que se fizerem necessárias em harmonia com as situações demográficas e epidemiológicas e os determinantes sociais da saúde. Não se pode esquecer, ainda, de que há dinamicidade desses determinantes vigentes em tempo e espaços diferentes (OPAS/OMS, 2011b).

O trabalho em rede requer um envolvimento da classe profissional, do governo e da sociedade. Esta articulação é imprescindível para que a ação de saúde aconteça de forma efetiva. O AM é uma ação que envolve não somente fatores biológicos, mas também, valores sociais e culturais, que interferem na adesão da mulher a esta prática. (BRASIL, 2011d). Incluímos nessa rede a população, em geral, como forte protagonista de discussões, articulações e tomada de decisão.

A promoção do AM, “tem como propósito criar valores e comportamentos culturais favoráveis à amamentação” (CARVALHO, 2010, p. 332). Para tanto, torna-se essencial a articulação da comunicação entre os diversos atores (ou setores) envolvidos, como já citado anteriormente. Além da articulação da comunicação entre os atores/setores, para a criação de um espaço de difusão de informações, a articulação da comunicação tem um foco especial: a linguagem unânime de orientação e apoio ao AM, dos atores/setores para a mulher e sua família.

Todas as políticas e estratégias envolvidas no AM contribuem de forma direta ou indireta para o aumento dos índices de AM no país. O estabelecimento de uma rede capilarizada, capaz de alcançar cada região e lugarejo do país, é fundamental para a promoção, proteção e apoio ao AM.

Magalhães (2009, p. 863), considera que “nenhum programa setorial é capaz de enfrentar, isoladamente, as múltiplas dimensões dos problemas sociais”. Por isso, deve haver uma integração entre diversas estratégias e políticas para a promoção do AM.

Seria superficial dizer que a articulação entre tantas esferas em um único objetivo acontece de maneira pacífica e eficiente. Se assim fosse, teríamos excelentes índices de AM no país, o que não ocorre. A promoção do AM envolve diversas áreas do conhecimento, o que gerou a inclusão deste tema na formulação de suas políticas.

Inojosa (2001, p. 103), destaca que “[...] a crítica ao prefixo “inter” é que ele poderia significar apenas a proximidade de saberes isolados, sem daí gerar novas articulações”, se referindo ao uso da palavra intersetorialidade ao invés da

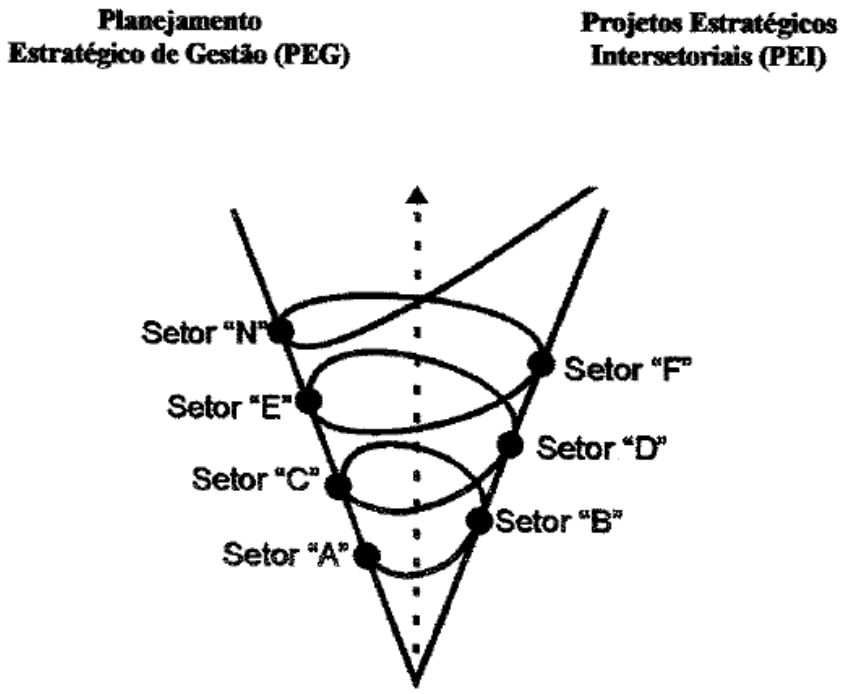
transetorialidade, que somaria à definição de intersetorialidade a criação de uma nova dinâmica para o aparato governamental em desenvolver suas políticas.

Apesar de se apresentarem interdisciplinarmente, as políticas em saúde são efetivamente intersetoriais? Nem sempre. Andrade (2004, p. 308), considerando a intersetorialidade como um dilema da saúde, aponta que

> O dilema passa a ser do gestor, especialmente na esfera municipal, de operar uma política necessariamente intersetorial explicitada num ambiente tradicionalmente disciplinar quanto à formação e setorial quanto ao aparato, colocando-o diante da necessidade de introduzir mudanças nesse ambiente de modo a viabilizar a política.

Este mesmo autor considera que a intersetorialidade pode ser vista como uma construção em espiral, aonde em cada nova etapa, é somada as experiências das etapas anteriores e a incorporação de novas práticas. O crescimento/desenvolvimento de uma nova estratégia ou política neste modelo de espiral é sempre ascendente e promove o aumento do diâmetro do conhecimento e da integração.

Figura 2 - Espiral de complexidade construtiva da intersetorialidade.



Fonte: Andrade, 2004, p.311

Andrade (2004) ressalta que o modelo do espiral deve ser realizado nas três esferas do governo, entre os setores de cada esfera e entre as esferas. Assim, modificar o paradigma setorial e fragmentado das ações de saúde necessita anteriormente de uma modificação na estrutura setorial e fragmentada do governo e da sociedade.

Um dos grandes desafios da implementação da intersetorialidade é o envolvimento efetivo entre os setores. Muitas arenas de negociação intersetoriais são mediadas por agendas já definidas previamente por cada setor, não abrindo espaço para efetiva discussão para união de todos os setores para um bem comum.

Magalhães (2009, p. 866), destaca

> [...] a intersetorialidade no plano macro negociação e da formulação da proposta costuma ser um sucesso, já que nenhum setor se coloca desfavorável a iniciativas do desenvolvimento social. Porém, tais iniciativas não têm sustentabilidade, prevalecendo baixos níveis de adesão ao diálogo e pactuação de agenda, disputas políticas e interesses eleitorais.

Todos os projetos e ações intersetoriais devem possuir focalização com base regional, em segmentos da população e devem se preocupar com resultados e impactos (INOJOSA, 2010). Esta preocupação diminui o risco de erros históricos e promove uma ação efetiva e eficiente para a população, alvo de nossa atenção.

Apesar de possuirmos políticas nacionais para a promoção, proteção e apoio ao AM, a ação de promoção do AM acontece não em nível nacional ou regional, ela acontece em nível individual e familiar de cada mulher. A inovação das ações de AM está na valorização do saber de cada mulher e de sua família sobre o aleitamento, na consideração das experiências anteriores de aleitamento da mulher (seja ela positiva ou negativa), e na promoção da autonomia da mulher, deixando-a livre para a escolha da amamentação.

O Ministério da Saúde, na apresentação das Políticas Públicas de Promoção, Proteção e Apoio do AM, considerando que o SUS tem uma concepção transetorial e identificando o AM como uma articulação entre profissionais, sociedade e

governo, considera que os responsáveis pela amamentação somos todos nós (profissionais, sociedade, governo e principalmente a mulher).

Figura 3 - A grande equipe do Aleitamento Materno.

Fonte: BRASIL, 2011d, p.86

A promoção do AM visa um mundo amigo da criança e da amamentação. São indiscutíveis os benefícios para a mãe e para o bebê da amamentação. Portanto, cabe a cada um o incentivo ao aleitamento materno, independente da profissão, credo, classe social, cor ou etnia.

A campanha do Ministério da Saúde do ano de 2008 apresentou o seguinte cartaz:

Figura 4 - Cartaz da Semana Mundial da Amamentação.

Fonte: BRASIL, 2011d, p. 65

3.2 O processo de trabalho e as ações desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido pauta de discussão em diversos países, com o objetivo de criar um conceito único para todos eles e de concretizar as ações que preconiza (BRASIL, 2011e; BRASIL, 2011f).

Historicamente, no Brasil, há divergências na interpretação da APS. A opinião adotada por volta da metade da década de 80, de que a APS seria uma medicina simplificada para pobres das áreas urbanas e rurais e não uma reorientação da saúde permanece ainda hoje, variando desde a opinião adotada na década de 80

até as discussões atuais, ou seja, dessa ser uma base para a reforma da saúde com vistas ao alcance da saúde de todos (BRASIL, 2011e).

Para Starfield (2002, p. 44), a APS é mais do que a avaliação do paciente, que oferece um diagnóstico e tratamento, é uma ação de inter-relação entre a equipe de saúde e o paciente. Mais importante do que tratar a doença, é conhecer o paciente e sua família e, assim, oferecer uma assistência efetivamente integral, pois, “uma característica relacionada que deveria distinguir a atenção primária é uma maior familiaridade dos profissionais de atenção primária tanto com o paciente como com seus problemas”

A atenção primária é a porta de entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas que a pessoa apresenta. Tenciona oferecer à pessoa um cuidado para além da enfermidade e, com o tempo, busca atender todas as suas condições, com exceção daquelas incomuns e que fogem à proposta da atenção primária, fazendo encaminhamentos para outros setores. É definida, portanto, como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (STARFIELD, 2002).

> A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (Barbara, 2002 p. 28) Grifo nosso.

A partir desse paradigma, onde a APS é mais do que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde, ao utilizar o termo Atenção Básica para referir-se à APS, reforça a necessidade de diferenciação entre a ESF e a própria APS. A ESF compõe a APS e não o contrário. Muitos esforços estão sendo realizados para implementar a APS ou atenção básica ampliada conforme estabelecido pelo MS (BRASIL, 2011e).

Quadro 2 - As diferentes interpretações da Atenção Primária à Saúde

INTERPRETAÇÕES DE APS	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS
APS seletiva Um conjunto específico de atividades e serviçõe de saúde voltados à população pobre	A APS constitui-se em um conjunto de atividades e serviçõe de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimetno (Gofin; Gofin, 2005).*
Um nível de Atenção em um sistema de serviços de saúde.	APS refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde quando se apresenta um problema de saúde, assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comum da APS na Europa e em outros países industrializados.
Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde **	Para que a APS possa ser entendida como uma estratégia para organizar o sistema de saúde, este sistema deve estar baseado em alguns princípios estratégicos simples: funcionalmente integrados (coordenação); baseados na participação da comunidade, custo-efetivos, e caracterizados por colaboração intersetorial.
Uma concepção de sistema de saúde, uma "filosofia" que permeia todo o sistema de saúde.	Um país só pode proclamar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; autoresponsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Ministério da Saúde, 2006).
	Não diferente nos princípios de Alma-Ata, mas sim na ênfase sobre as implicações sociais e políticas na saúde. Defende que o enfoque social e político da APS deixaram para trás aspectos específicos das doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais indusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar mais eqüidade em saúde.

Fonte: BRASIL, 2011e, p. 21

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem contribuído para o fortalecimento da APS e para a consolidação da ESF. Este Conselho firma documentos entre os Secretários de Saúde do Brasil em seminários periódicos. No ano de 2003, em seminário ocorrido no estado da Bahia, com a presença de secretários de 27 estados brasileiros, o CONASS explicitou claramente a visão sobre a APS, designando-a como "uma estratégia de reorientação do modelo de atenção e não como um programa limitado de ações de baixa resolubilidade" (BRASIL, 2011e, p.15).

Neste documento foi realçada, diante do momento de implantação da ESF, a necessidade de ampliar a capacitação da gestão e das ações executivas da ESF, para que esta realmente promova uma integração com outros níveis de assistência à saúde e reoriente a prática assistencial em saúde. A partir dessa necessidade, o documento elencou algumas propostas relacionadas à Secretaria de Estado de Saúde que, posteriormente, foram incorporadas à Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011e).

Em 2004, o CONASS publicou o documento “Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária”, com o objetivo de subsidiar a elaboração de instrumentos e a metodologia para avaliação e monitoramento da APS.

Já no ano de 2009, um novo seminário foi realizado, na cidade de Brasília e teve como objetivo geral discutir e propor estratégias para a sustentabilidade da APS no Brasil.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), criada em 2006, visa regulamentar a implantação e operacionalização da APS no Brasil, bem como designar os recursos orçamentários para subsidiá-la e fomentar a elaboração de manuais e guias operacionais por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2007, BRASIL, 2011e).

A PNAB considera que a Atenção Básica,

> [...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. [...] Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007, p. 12).

Juntamente com a PNAB, foram criadas, também, no ano de 2006, as Diretrizes Pacto pela Vida e de Gestão (Portaria 699/GM de 30 de Março de 2006), que tem por fundamento, unificar os indicadores de metas e de pactuação de indicadores, além de estabelecer as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor (BRASIL, 2006a).

O município, estado e federação firmam um Termo de Compromisso de Gestão, onde cada um preenche um formulário baseado nas atribuições e responsabilidades sanitárias, de acordo com a realidade na qual se encontra o município (se ele é capaz de realizar totalmente ou parcialmente e firma prazos para executar suas funções plenamente). O Termo de Compromisso corresponde a sete eixos estruturais: Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; Regionalização; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Gestão do Trabalho; Educação na Saúde e Participação e Controle Social (BRASIL, 2006a).

Dentre as ações pactuadas, encontra-se o compromisso pela Educação na Saúde. O Pacto pela Vida estabelece um vínculo importante com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/GM de 13 de Fevereiro de 2004. Esta política é instituída como estratégia do SUS, visando à formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde (BRASIL, 2004b).

A portaria estabelece a criação de polos de Educação Permanente em Saúde, que poderão ser compostos por gestores, trabalhadores, instituições de ensino, hospitais, estudantes, entre outros e deverão ser geridos diretamente pelo Colegiado de Gestão de cada polo, que contará com representantes de cada uma das instituições envolvidas.

O Ministério da Saúde, no Anexo II da Portaria 198/GM, considera que

> A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004b, p.6).

Apesar da gestão da Política de Educação Permanente em Saúde ser compartilhada, o município não exime a sua responsabilidade pela educação permanente, considerando os ditames expressos no Termo de Compromisso de

Gestão: “Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde” (BRASIL, 2006a, p. 29)e, também, a PNAB, determina que em municípios com menos de 100 mil habitantes, os cursos introdutórios e a educação permanente em saúde sejam da responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. Determina que nos municípios com mais de 100 mil habitantes, esta responsabilidade é da Secretaria Municipal de Saúde podendo realizar parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (BRASIL, 2007).

Como a APS é uma reorganização do modelo assistencial, a Educação Permanente em Saúde deve atender aos princípios da APS, valorizando a comunidade, promovendo mudança de paradigma dos trabalhadores e levando a problematização da realidade vivenciada pelo profissional e pela comunidade.

A Educação Permanente em Saúde visa, portanto, promover interação contínua entre os trabalhadores e gestores, problematizando a realidade com a intencionalidade de se alcançar uma educação crítico-reflexiva, que compreende o aprender como um processo integrado, dinâmico reflexivo, solidário e o aprendiz é construtor de novos conhecimentos. Para materialidade desse processo, é imperativo que se questione e reflita acerca da realidade concreta e o profissional de saúde se torne um ser crítico e se reconheça um ser inacabado, que tem autonomia e identidade (BRASIL, 2011a, p. 08).

Portanto, o trabalhador da saúde, nesse momento, é ator e sujeito do objeto do conhecimento. O tratamento igualitário, respeitoso e solidário entre aquele que “ensina” e àquele que “aprende” deve iniciar a reformulação do modelo assistencial, ao reformular a metodologia de ensino. Neste sentido, “quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado” (FREIRE, 1996, p. 23).

É nessa configuração que a promoção de saúde se alicerça. Ao modificar a percepção do trabalhador de saúde, este, atuando como educador em saúde transformará, também, a população atendida, ao oferecer a esta a liberdade de

pensamento, de escolhas e de direcionamento da sua própria saúde, valorizando a autonomia.

Lefevre e Lefevre (2004, p. 52) defendem que a informação é uma ação prioritária da promoção de saúde. O repasse da informação acontece na escala individual, ao contribuir para o “máximo possível de ganho irreversível de saúde e de perda irreversível de doença” , contextualizando a doença acometida aos processos coletivos de determinação da mesma. Outra forma de informar é por meio de ações coletivas, em espaços comuns da unidade de saúde, como forma de promover a cidadania, tornando comunitários os problemas de saúde do país e viabilizando a participação popular.

Ao promover não somente a saúde, mas igualmente a liberdade e a autonomia, os profissionais também se libertam de amarras históricas do modelo biomédico. Segundo Freire (1996, p. 105 e 106), “a liberdade amadurece no confronto com outras liberdades, na defesa de seus direitos em face da autoridade dos pais, do professor, do Estado” e completa “ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas” (p. 107).

Para Starfield (2002, p. 68),

> [...] as metas da atenção primária são melhor atendidas por profissionais de saúde treinados e organizados para oferecer a atenção primária do que por profissionais treinados para enfocar doenças específicas, sistemas do organismo ou mecanismos patogênicos específicos e que a obtenção das metas melhora progressivamente com o decorrer do tempo é o suficiente.

Dentre outros motivos, o reflexo na população da Educação Permanente em Saúde, torna-se um dos pilares desta política.

A mudança em saúde pode acontecer de duas maneiras: externas ao gestor, quando há uma pressão de atores externos para a resolução de um problema comunitário; ou interna, quando o gestor define mudanças a partir de um problema identificado. Independente do motivo da mudança é necessário que ocorra uma inovação no serviço de saúde, para promover benefícios reais para a população (OPAS/OMS, 2011a).

Figura 5 - Inovação na Saúde

Ideia, processo ou produto "novo"
"Aplicação" prática
Geração de "benefícios"
"nova" prática, instrumento, metodologia, etc.
Implantada - seu efeitos avaliados
Com evidências de impacto positivo para os usuários
INOVAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Fonte: OPAS/OMS, 2011a, p. 14

Buscando uma inovação na política de atenção à saúde, o Ministério da Saúde em 2003 criou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH), que possui três princípios básicos: a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos (BRASIL, 2008b). O HumanizaSUS (como também é chamada a PNH), é compreendida como uma política pública transversal, não como um programa governamental, que envolve a atenção à saúde e a gestão concomitantemente, de forma coletiva.

> A Política Nacional de Humanização aposta que alguns modos de organizar o processo de trabalho em saúde – alguns "arranjos" – facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a criação de saídas criativas e singulares em cada contexto. (BRASIL, 2009d, p.15)

Assim sendo, a PNH procura a transversalidade entre os modelos de atenção à saúde (atenção básica e especializada), visando a qualidade do serviço prestado à população, bem como a resolubilidade dos problemas advindos desta população.

O processo de trabalho na atenção básica é baseado na equipe multidisciplinar, buscando romper as barreiras do modelo biomédico e “superar a percepção – presente ainda em parte dos gestores, profissionais de saúde e população – da atenção básica como ação simples ou serviço menor, que qualquer um faz” (BRASIL, 2009 a, p.10).

O trabalho em equipe vai além das relações de trabalho; exige trabalhar relações de poder, relações interpessoais, respeito às diferenças, utilizando diferentes saberes baseados em formas distintas de julgamento, de tomada de decisão e de condução de cada caso. Busca não só a relação de trabalho, mas o reconhecimento pelo outro e da sua necessidade para o estabelecimento da atenção à saúde para o usuário (CARDOSO e HENNINGTON, 2011).

Mas, a composição da equipe multidisciplinar não configura necessariamente o trabalho em equipe. Para tanto, faz-se necessária uma mudança de paradigma dos profissionais de saúde.

> O modo de organização das instituições de saúde e a própria literatura sobre trabalho em equipe evidenciam que o modelo predominante de organização das práticas é o ‘modelo clínico de assistência médica individual’ ou ‘modelo biomédico’, centrado no saber biomédico e no diagnóstico e tratamento das doenças e sintomas orgânicos. As demais áreas agregam seus trabalhos em torno dessa ‘racionalidade’ e são comandados por ela, de forma periférica ao trabalho médico, considerado nuclear. (CARDOSO e HENNINGTON, 2011, p. 88).

O trabalho a partir da perspectiva ergológica, pode ser caracterizado como “gerir debates de normas e suas derivações (BERTONCINI, PIRES e SCHERER, 2011, p. 158), ou como sendo

> [...] tudo que efetivamente se realiza e o esforço que se despende nas atividades do dia-a-dia profissional para o trabalhador dar conta do que acordou com o gestor da área em que está alocado e com os demais companheiros de trabalho (BRASIL, 2004, p. 6)

O trabalho como uma atividade social é regido por normas (prescrições), que ditam a maneira como este trabalho deve ser realizado. O trabalhador como um “sujeito ativo e protagonista das ações de saúde” (BRASIL, 2008b, p. 19), é chamado a estabelecer uma relação autônoma de criatividade para reordenar as complexidades advindas do seu processo de trabalho, recriando ou inventando novas formas de trabalhar para atender aos diversos contextos específicos

inseridos na sua prática (BRASIL, 2004a; BERTONCINI, PIRES e SCHERER, 2011).

A atividade do trabalho é regulada pela interação entre os trabalhadores em uma dinâmica que envolve diferentes pontos de vista e diferentes formas de recriar a norma do trabalho para experimentar a realidade. O trabalhador experimenta constantemente um novo fazer, uma nova prática, em um processo constante de aprendizagem individual e coletivo, para ser capaz de resolver e ser eficaz em situações imprevisíveis constantemente experimentadas no trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

O trabalho é baseado no encontro de diversos sujeitos, com diferentes histórias, formações e experiências, que, em uma aproximação transdisciplinar, buscam construir um novo saber. Para Cardoso e Hennington (2011, p. 92),

> Para se aproximar do trabalho real em saúde, é preciso chegar o mais próximo possível da atividade, para avaliá-la como ela é, e para tal é preciso reconhecer a existência destes espaços de microtransgressões e rupturas com o que está prescrito.

O Humaniza SUS, na atenção básica, propõe a realização de reuniões constantes entre os membros da equipe de saúde, para que possam discutir casos, planejar ações, ou seja, renormalizar coletivamente o processo de trabalho e, assim, educarem-se continuamente. A reunião em equipe é um espaço “onde um pode acolher o outro e também ser acolhido [...] é espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, espaço que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe” (BRASIL, 2009a, p. 27).

Para atender a nutriz e sua família, ou seja, atores sociais, o profissional de saúde deve ser capaz de refletir sobre a pessoa que está à sua frente, compreendendo que o AM é uma prática social e, portanto, convoca para uma atitude que auxilie a mulher a tomar decisão, fazer escolhas conscientes oriundas de relação de confiança. Ressalva-se, ainda, que apoiar a mulher nesse novo momento de vida é fundamental (BARRETO, 2010).

Nessa perspectiva, a capacitação dos profissionais de saúde se torna primordial para que a conscientização da mãe ocorra efetivamente. Acerca dessa assertiva, Oliveira et al. (2002,p. 46) realizaram estudo em 24 UBS´s no estado do Rio de Janeiro, analisando o impacto de procedimentos e estratégias incluídas nas UBS´s para a promoção, proteção e apoio ao AM. Neste estudo, as autoras identificaram que “apenas um quinto dos profissionais de saúde entrevistados haviam sido treinados em cursos teórico-práticos de 18 ou mais horas sobre as vantagens e o manejo da amamentação”.

Caldeira et al. (2007), em estudo que avaliou o conhecimento dos profissionais de saúde e as práticas realizadas por eles na promoção do AM, observaram que os profissionais de nível superior possuem um conhecimento teórico sobre as vantagens do AM. Contudo, estes mesmos profissionais não possuem uma experiência pessoal significativa referente ao AME dos seus filhos, ficando a manutenção do AME até os seis meses de idade em 37,5%.

Os dados deste estudo anteriormente citado, mostraram que em relação ao profissional médico, faz-se necessária uma maior intervenção ao nível de capacitação pois,

> […] o desempenho abaixo de 50% para os médicos em relação à técnica da amamentação e ao manejo dos principais problemas da lactação mostra que tais profissionais não têm sustentação científica para abordar questões mais complexas e não podem oferecer adequado suporte às mães com alguma dificuldade em amamentar. […] De modo geral, as ações dos médicos podem ser consideradas tímidas e devem ser melhoradas a partir de uma postura mais ativa desses profissionais (CALDEIRA et al.,2007, p. 1967 - 1968).

No que diz respeito ao enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), Caldeira et al. (2007) destacam que eles realizam mais ações de promoção ao AM do que as outras categorias profissionais.

Diante do cenário em que estamos hoje inseridos, com possibilidades de acesso à informação de forma livre, autônoma e com grande diversidade, a educação/conscientização da mulher não ocorre somente por meio dos profissionais de saúde, mas também através de outros veículos de disseminação da informação, como a televisão, o rádio e a internet.

Assim, as mulheres atendidas pelo profissional de saúde são capazes de avaliar se o serviço está oferecendo ou não apoio ao AM e as mesmas não se intimidam em registrar suas insatisfações quanto a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA et al., 2005).

Barreto (2010, p. 28), afirma que

> Nas Unidades Básicas de Saúde a avaliação da prática da amamentação não faz parte da rotina, nem tampouco a solicitação da presença de familiares da nutriz. Além disso, o pouco tempo despendido na assistência e sua descontinuidade são fatores que podem levar ao insucesso da amamentação.

Para modificar a cultura da mamadeira pela cultura do AM, são imperativos dois itens primordiais: a capacitação e envolvimento dos profissionais de saúde e o envolvimento social que promova, proteja e apoie a escolha da mulher em amamentar.

Apesar dessa realidade ainda vigente nos dias de hoje, há mais de duas décadas a OMS já pontuava:

> Esforços devem ser desenvolvidos para aumentar a confiança da mulher na sua habilidade de amamentar. Esses esforços envolvem a remoção de constrangimentos e influências que manipulam a percepção e o comportamento da mulher, e uma abrangente estratégia de comunicação dirigida a todos os setores da sociedade e que envolva todos os meios de comunicação (OMS/UNICEF, 1990, p. 02).

Para tanto, os municípios, estados e federação devem investir na Educação Permanente em Saúde, incluindo efetivamente o aleitamento materno, a fim de que os profissionais tenham formação clínico-científica, saibam se comunicar com as mães e familiares, dialoguem sobre as suas necessidades, expectativas, ansiedades, escolhas e construam coletivamente novos saberes para lidarem com as peculiaridades do AM e, portanto, teçam uma reformulação criativa do seu processo de trabalho que efetivamente contribua para a promoção do AM.

3.3 O contexto sócio cultural do Aleitamento Materno

O AM é sócio culturalmente determinado, sofrendo influências do ambiente social no qual está inserida a mulher. Além de promover o vínculo entre mãe e filho e prevenir doenças e agravos à saúde, a amamentação reflete a cultura da sociedade (BRASIL, 2009b; FROTA et al., 2009).

Já firmado anteriormente, há uma política em prol do AM, que se estende desde a década de 70. Atualmente, possuímos várias redes de apoio ao AM, sejam políticas nacionais, seja a organização dos serviços de saúde ou organizações do terceiro setor. Seja qual for a natureza da organização, todas tem o mesmo objetivo: apoiar, estimular e proteger o AM.

O AM sofreu grande influência durante o processo de industrialização do país, onde os trabalhadores eram sobrecarregados tanto de quantidade de trabalho, quanto da carga horária destinada ao trabalho. Kemp (1987, p. 33), considera que

> O processo laboral ficava assim sujeito a um maior controlo do capital. O objectivo era garantir que os trabalhadores prestassem a máxima atenção à tarefa que lhes competia. As operações que realizavam e o ritmo do seu trabalho submetiam-se ao próprio ritmo da máquina. Um controlo mais rigoroso servia ainda para detectar qualquer extravio de matérias-primas, permitia uma maior estandardização do produto, a satisfação de datas de entrega próximas e a utilização de mão-de-obra feminina e infantil barata.

Nesse tempo histórico, a mulher se tornou trabalhadora, ficando os filhos aos cuidados de outrem, interferindo negativamente na manutenção do AM. Antes do processo de industrialização, as sociedades eram basicamente agricultoras, e a família ficava responsável pelo cultivo e colheita de alimentos para o sustento familiar e para a venda ou troca por outros produtos. Esse cenário poderia contribuir para o AM, uma vez que a mulher, mesmo desenvolvendo atividades laborais, permanecia no lar ou próximo dele, favorecendo o AM em livre demanda.

Bruschini (1998, p. 4), afirma que,

> Por fim, transformações nos padrões culturais e nos valores relativos ao papel social da mulher, intensificadas pelo impacto dos movimentos feministas desde os anos setenta e pela presença cada vez mais atuante das mulheres nos espaços públicos, alteraram a constituição da identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho produtivo.

Pode-se ponderar que após a revolução industrial, a mulher passou a ocupar espaços anteriormente destinados somente aos homens, e esta inserção no mercado de trabalho produziu consequências sociais também no núcleo familiar. Houve, com isso, por um lado, sobrecarga da mulher com jornada dupla ou tripla de trabalho e por outro lado, uma mudança na estrutura emocional da família. Os filhos são precocemente encaminhados para os cuidados de outrem, que muitas das vezes não possuem vínculo afetivo com a criança e esta, muito cedo, deve se acostumar com a ausência materna.

Diante deste cenário, buscando resguardar os direitos da criança, de ser amamentada exclusivamente até os seis meses conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, vários esforços têm sido dispensados.

Os direitos à mulher que amamenta iniciaram em 1919, através da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que criou a Convenção de Proteção à Maternidade (Convenção nº 3, da OIT), onde as mulheres, trabalhadoras da indústria e do comércio, tinham o direito à licença maternidade, que era compreendida: com seis semanas antes e seis semanas após o parto, o direito a benefícios médicos pagos (de acordo com cada país), a proibição da demissão da gestante e o direito a pausas para amamentar. Esta Convenção foi revista em 1952 pela Convenção nº 103 da OIT , incluindo mais seis semanas de licença após o parto e a possibilidade de extensão deste período por razões médicas, a extensão dos benefícios para as empregadas domésticas e assalariadas, e a garantia de pagamento das horas para amamentar, considerando estas horas como horas trabalhadas (REA, 2010).

Ainda em 1952, tem-se uma Recomendação da OIT (Recomendação nº 95), que estabelecia 14 semanas de licença maternidade, com salário integral, e pausas para amamentar totalizando uma hora e meia por dia de trabalho, podendo ser ajustadas a critério médico, e recomenda a criação de creches públicas ou sem fins lucrativos. No Brasil, a Convenção nº 103 e a Recomendação nº 95 foram ratificadas e entraram em vigor (REA, 2010).

No ano de 2000, a Convenção nº 103 e a Recomendação nº 95 foram revisadas pela Convenção nº 183 e a Recomendação nº 191, que estendia os benefícios às trabalhadoras informais (REA, 2010).

No nosso país, em 1943, foi promulgado o Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de Maio de 1943, que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e no Título III, das Normas Especiais de Tutela do Trabalho, no Capítulo III, da Proteção do Trabalho da Mulher, na Seção V, trata da Proteção à Maternidade, prevendo a licença maternidade de 120 dias para as trabalhadoras, sendo o parto a termo ou prematuro, podendo ser precedido ou estendido por duas semanas do parto a critério médico, o direito ao salário integral durante o período de licença, o direito ao retorno à função anteriormente exercida, dentre outros direitos. Cabe destacar deste Decreto-lei, os seguintes artigos referentes ao AM:

> Art. 396 - Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um.
> Parágrafo único - Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.
> Art. 399 - O Ministro do Trabalho, Indústria e Comercio conferirá diploma de benemerência aos empregadores que se distinguirem pela organização e manutenção de creches e de instituições de proteção aos menores em idade pré-escolar, desde que tais serviços se recomendem por sua generosidade e pela eficiência das respectivas instalações.
> Art. 400 - Os locais destinados à guarda dos filhos das operárias durante o período da amamentação deverão possuir, no mínimo, um berçário, uma saleta de amamentação, uma cozinha dietética e uma instalação sanitária (BRASIL, 1943, art.396, art.399; art.400)

Segundo Rea (2010), há um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional que confere às mães de bebês prematuros uma licença maternidade de acordo com a Idade Gestacional Corrigida do bebê, ou seja, a licença maternidade de 120 dias seria contabilizada quando o bebê completasse 40 semanas de Idade Gestacional, independente da Idade cronológica. Por exemplo, um bebê nasce com 30 semanas de gestação. A mãe teria direito a 10 semanas de licença, quando a criança completar 40 semanas. Ao completar 40 semanas, a mãe teria direito a mais 120 dias de licença maternidade já prevista pela CLT.

Como o momento de amamentação de dois turnos de 30 minutos por dia não é viável a muitas mulheres que residem a uma distância considerável do trabalho, algumas empresas disponibilizam a entrada ou saída uma hora mais cedo, ou

disponibilizam creches ou berçários comunitários para os filhos das mães trabalhadoras.

O Ministério da Saúde, por meio da estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora para Manter a Amamentação, busca sensibilizar as empresas públicas e privadas para o apoio ao AM, o que confere maior saúde à mãe trabalhadora e ao seu bebê, oferecendo benefícios diretos à empresa. Para formalizar esta estratégia, em 2010, foi elaborada uma Nota Técnica conjunta entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Ministério da Saúde (Nota Técnica Conjunta nº 01/2010), tratando sobre as Salas de Apoio à Amamentação, que deverão ser criadas dentro dos espaços laborais para atender às necessidades da mãe para retirar e armazenar o leite para levar para o seu bebê, ou doar para o Banco de Leite Humano (BRASIL, 2010c).

As Salas de Apoio à Amamentação são tão importantes quanto as creches, pois ao realizar ordenha do leite materno, previne-se o ingurgitamento mamário, o desconforto causado pelo vazamento constante de leite e contribui para a manutenção do AM até os dois anos de idade, conforme orientado pelo Ministério da Saúde.

Cabe reafirmar que a utilização do leite em pó e outros alimentos artificiais para as crianças tornou-se mais comum após o período de industrialização, que levaram as mulheres a se tornarem operárias, permanecendo longos períodos longe dos filhos. Esse surgiu em 1911, carregado de informações equivocadas, devido ao baixo conhecimento disponível, mas que, utilizando-se do *marketing*, virou sinônimo de boa nutrição, colocando o leite materno como fraco e incapaz de nutrir eficientemente o bebê (VINAGRE, DINIZ e VAZ, 2001).

O leite em pó, até os dias atuais, mantém sua imagem agregada ao produto de boa nutrição em detrimento do AM, apesar dos esforços das políticas brasileiras, como a NBCAL e as redes de apoio como a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (*International Baby Food Action Network* - IBFAN), que conta com voluntários da sociedade civil para realizar ações de promoção e apoio ao AM, e,

fiscalizam a efetividade da NBCAL, realizando denúncias em caso de descumprimento.

Mas não é somente a imagem de leite fraco impressa pela rede de comercialização de leites artificiais que é responsável pela baixa adesão ao AM. Dentre os fatores que interferem na sua manutenção, pode-se citar, de acordo com FROTA et al. (2009), a má interpretação da mãe do choro da criança, a necessidade das mães trabalharem, as dificuldades relacionadas às mamas, a recusa do peito por parte da criança e a quantidade insuficiente de leite materno.

Outros fatores podem ser citados como depressão e insegurança materna, mães que realizaram cirurgia plástica, mães com baixa produção de leite, bebês com dificuldades de amamentar, falta de apoio familiar, entre outros (BARRETO, 2010).

Além dos fatores relacionados à mãe, o seu núcleo familiar e o bebê, temos um fator que interfere diretamente sobre a opção da mulher em amamentar: a falta de apoio do profissional médico. Barreto (2010) sinaliza que os médicos, partindo do pressuposto de que as mães não sabem cuidar dos seus filhos, propõem-se a ensiná-las como conduzir a alimentação da criança, com a introdução precoce dos alimentos complementares.

Sabe-se que na atenção primária é definido que uma equipe multidisciplinar e uma ação intersetorial e contínua, relativa à amamentação, desempenhem orientações efetivas à mulher. Porém, a vivência prática revela que, mesmo que outros membros da equipe orientem e apoiem a mulher que amamenta, o médico exerce um “poder social”, tornando a sua fala e a sua conduta verdadeiras, independente dos esforços nacionais para uma mudança de paradigma. Paralelamente, coexistem, portanto, duas informações ofertadas à mulher e que não se integram, não se complementam. Ao contrário, são contraditórias e equidistantes quando se pensa em educação para a saúde. Ao invés de se trabalhar as necessidades e expectativas da mulher, o viés da formação biomédica fala mais alto.

Venâncio e Monteiro (1998, p.47), colocam que

> Deve-se considerar inicialmente que a alimentação artificial tornou-se não somente uma opção para as mulheres, mas uma prática amplamente aceita. Neste contexto, a prática da amamentação precisa ser socialmente reconstruída. O que se vê, entretanto, é que as estruturas sociais necessárias para esta reconstrução parecem não ser, no momento, suficientemente sólidas. Atualmente, vive-se uma situação em que muitas são as ambiguidades no tocante à criação de condições favoráveis à prática da amamentação.

As ambiguidades referidas pelos autores devem ser discutidas e desfeitas, não só no âmbito social, como já propõe a Rede Amamenta Brasil, como também em nível profissional, nas reuniões de equipe e na educação permanente em saúde, visando uma renormalização das condutas tomadas em relação ao AM.

4 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

4.1 Tipo de pesquisa

A presente investigação pode ser classificada como uma pesquisa aplicada que segundo Metring (2011, p. 61) é assim descrita,

> A pesquisa aplicada requer teorias e leis como ponto de apoio e partida, e tem por objetivo comprovar ou rejeitar hipóteses sugeridas pelos modelos teóricos e proceder à sua aplicabilidade às diferentes necessidades humanas, visando resolver problemas concretos e imediatos.

Quanto à natureza, é uma pesquisa quantiqualitativa uma vez que se procurou conhecer, em um primeiro momento, determinada realidade com precisão, clareza e objetividade. Posteriormente, buscou-se compreender os acontecimentos diários bem como os significados que os profissionais de saúde das UBS's de Ribeirão das Neves dão ao fenômeno AM e de como educam as nutrizes para o AM.

A análise quantitativa,

> Caracteriza-se pela tentativa de traduzir em números, pelo emprego da quantificação (mensuração), opiniões, dados e informações, tanto na coleta quanto no tratamento que será dado a eles, bem como em todas as variáveis que envolvem o processo de pesquisa (METRING, 2011, p. 91).

A pesquisa qualitativa é delineada por Metring (2011, p. 99) como

> […] a pesquisa que visa uma interpretação de caráter qualitativo é uma modalidade de investigação na qual os dados são coletados preferencialmente através de interações sociais e analisados subjetivamente (…) privilegiando o entendimento do significado que determinados fenômenos têm para os indivíduos (…).

Silva (2005), ao discorrer sobre pesquisa qualitativa, pontua que há uma relação ativa entre o objetivo e o subjetivo, isto é, há um vínculo entre ambos que não pode ser traduzido em números.

Ao explorar, portanto, os mundos dos profissionais de saúde das UBS's, o significado do AM veio à tona e poderá subsidiar tomadas de decisão com a intencionalidade de deflagrar mudanças internas para esses profissionais bem como no processo de educar as nutrizes que procuram as UBS's.

A fonte de dados da pesquisa foi bibliográfica e de campo, sendo a última classificada como “[...] qualquer investigação realizada em ambiente natural, não controlada, e que envolve a observação direta do fenômeno como ocorre” (METRING, 2011, p. 64).

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada nas UBS´s do Município de Ribeirão das Neves. O município possui 53 UBS´s e cinco Unidades Básicas de Referência (UBR´s), distribuídas em cinco regiões sanitárias, sendo que cada UBR representa uma região sanitária.

4.3 Coleta de dados

Para obtenção da coleta dos dados quantiqualitativos, alguns critérios de inclusão foram pontuados com vistas à maior fidedignidade das informações, seguindo:

- Todas as crianças acompanhadas no momento da vacinação por um adulto responsável pelo seu cuidado diário ou pela mãe, que aceitarem participar da pesquisa;
- As UBS´s devem posssuir a equipe multidisciplinar completa;
- Os profissionais de saúde devem possuir no mínimo de seis meses de trabalho no município;

4.3.1 Obtenção dos dados quantitativos

Em um primeiro momento, foi aplicado um questionário composto de 55 questões para os responsáveis e/ou acompanhantes das crianças menores de um ano, presentes na unidade no momento da coleta. Esta ocorreu em dez unidades de saúde, em salas de vacina distribuídas entre as cinco regiões sanitárias do Município. A escolha das unidades realizou-se de forma aleatória, após consentimento da Coordenação da Atenção Primária, bem como da Coordenação de Imunização do Município. Anteriormente à coleta, foi realizado contato com o enfermeiro(a) da unidade e comunicado sobre a pesquisa.

O Instrumento de análise foi validado pela Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, que analisa a alimentação da criança nas últimas 24 horas (BRASIL, 2009b). A utilização deste instrumento visa à identificação do índice de AM no município e obtenção de dados fidedignos.

O questionário (ANEXO A) foi aplicado por uma equipe de apoio, composta por auxiliar de enfermagem, acadêmicos de enfermagem de uma Faculdade particular de Belo Horizonte, auxiliar administrativo e pela pesquisadora. A coleta foi realizada durante a campanha de vacinação contra a poliomielite no dia 16/06/2012, sendo distribuídos os 353 questionários entre as dez unidades de saúde. Definiu-se 353 questionários, com erro amostral de 5%, com N= 4307 de crianças menores de um ano no município (de acordo com a informação oferecida pela coordenação de imunização) e intervalo de confiança de 50%, a partir do cálculo (LOPES, 2003),

$$n = \frac{Z^2 \cdot \sigma^2 \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

onde: Z = abscissa da normal padrão

σ^2 = variância populacional

N = tamanho da população

d = erro amostral

Entretanto, não foi possível preencher todos os questionários no dia da campanha de vacinação. Assim, a pesquisadora retornou em algumas unidades de saúde para aplicar o questionário e incluiu o local de trabalho, o Centro Viva Vida de Referência Secundária para coleta de dados, até o dia 21/08/2012, momento em que se atingiu a coleta do número total de questionários.

Todos os entrevistados foram informados da natureza e teor da pesquisa, autorizando verbalmente a aplicação do questionário.

4.3.2 Obtenção dos dados qualitativos

No segundo momento, a coleta de dados foi por meio de entrevista semi estruturada, pela própria pesquisadora, em uma unidade de cada região sanitária e que estavam com a equipe multidisciplinar da Equipe de Saúde da Família completa. Neste momento, buscou-se identificar as ações de promoção do AM em todo o município (APÊNDICE A).

A seleção das UBS´s aconteceu através da indicação dos supervisores regionais da atenção primária do município. Após contato telefônico com os estes, as entrevistas foram previamente agendadas com os enfermeiros responsáveis pelas UBS´s indicadas.

Foram entrevistados quatro profissionais de cada unidade de saúde (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde). No universo dos entrevistados, duas entrevistas não aconteceram, pois, em uma unidade, o profissional não compareceu no dia da entrevista e, posteriormente, entrou de férias; e em outra unidade, o profissional trabalhava a menos de seis meses no local. Assim, totalizaram-se 18 entrevistas. Estas foram realizadas entre 13/07/2012 a 21/08/2012.

Anterior à coleta de dados, todos os profissionais de saúde foram esclarecidos sobre a natureza, teor e sigilo das informações capturadas durante a pesquisa. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Os dados obtidos da abordagem quantitativa foram articulados com os dados qualitativos, gerando maior compreensão do grupo pesquisado e que favoreceu, sobremaneira, o pensar e o propor inovações no fazer e agir em saúde no município de Ribeirão das Neves.

4.4 Análise dos dados

A análise quantitativa derivou da identificação do índice de AM do município, considerando que este tipo de análise tenta traduzir em números os dados e informações obtidas na investigação, apoiando-se em métodos e técnicas estatísticas.

Os dados foram analisados no SPSS versão 15.0. A caracterização dos dados foi realizada através de frequências absolutas e porcentagens e de gráficos de barras. As análises de associações foram realizadas através dos testes Qui-quadrado de Pearson assintótico e exato. Para localizar onde se encontra a associação foi calculado o resíduo ajustado padronizado, se o valor do resíduo fosse menor ou igual a -1,96 e valor do resíduo maior ou igual a +1,96.

As análises das associações das variáveis com AME foram baseadas nos Testes Qui-quadrado de Pearson assintótico e exato, e Testes Qui-quadrado de Pearson exato com as variáveis do estudo.

Tabela 1 - Notação de uma tabela 2x2 (*x* representa o número de ocorrências e π representa a probabilidade)

Ocorrência do evento	**AME**		
	Sim	**Não**	**Total**
Sim	x_{11} (π_{11})	X_{12} (π_{12})	m_1 ($\pi_{1.}$)
Não	x_{21} (π_{21})	x_{22} (π_{22})	m_2 ($\pi_{2.}$)
Total	n_1 ($\pi._1$)	n_2 ($\pi._2$)	N

Vamos supor que o interesse seja testar a hipótese de não associação entre grupo que amamentou de forma exclusiva e não amamentou. Isto pode ser formalizado através das hipóteses H_0 : p1 = p2 e H_1 : p1 $\neq$ p2. A estatística de teste do Teste Qui-quadrado de Pearson é:

(1.1)

Enquanto o valor-p assintótico é calculado utilizando-se a aproximação da estatística de teste *D(x)* pela distribuição de qui-quadrado com (*r*-1) (*c*-1) graus de liberdade, isto é, Pr[*D(x)* > $\chi^2_{(r-1).(c-1)}$]= Pr[*D(x)* > $\chi^2_{(1)}$], para o cálculo do valor-p exato é necessário gerar todas as tabelas *y* com os totais fixos, e então calcular *D*(*y)* e Pr(*y*) para cada uma delas. O valor-p exato é calculado por:

Pr [*D*(*y*) ≥ *D*(*x*)] = $\sum_{D(y)\geq D(x)} \Pr(y)$, onde Pr(*y*) = $\dfrac{\prod_{j=1}^{c} n_j! \prod_{i=1}^{r} m_i!}{N! \prod_{j=1}^{c} \prod_{i=1}^{r} y_{ij}!}$ e *c* = *r* = 2.

(1.2)

Se o valor-p≤0,05 significa que a variável tem associação com AME. Se o valor-p>0,05 significa que a variável não tem associação com AME. Através da Regra de Cochran, se 20% do valor esperado estiver entre 1 e 5 e 80% for maior que 5 o teste Qui-quadrado de Pearson assintótico pode ser utilizado, caso contrário o teste Qui-quadrado de Pearson Exato é apropriado(KOMATSUZAKI, 2001).

Se a tabela for de maior dimensão, isto é, ao invés de ser 2x2 (2 linhas e 2 colunas) for 3x2 (3 linhas e 2 colunas). Se existir associação, há necessidade de calcular o resíduo ajustado para localizar onde se encontra a diferença.

A análise de resíduos é complementar numa análise de associação onde quer saber quem motivou esse resultado. A medida do resíduo sugerirá a probabilidade de ocorrência do valor observado na célula da tabela de contingência, instrumentalizando a distinção entre ocorrências casuais e causais, ou seja, que são a causa da associação detectada pelo teste do Qui-quadrado de Pearson. A fórmula para o cálculo do resíduo padronizado numa tabela de contingência é

$$Z_{res} = \frac{O - E}{\sqrt{E}\sqrt{(1 - TC/TG)(1 - TL/TG)}}$$

O = frequência observada

TC = total coluna

TL = total linha

TG = totagel geral da tabela

E = frequência esperada

Ao nível de significância de 0,05, o valor do Zres será excesso de ocorrência se Zres>1,96 e será falta de ocorrência se Zres<-1,96. Ao nível de significância de 0,10, o valor do Zres será excesso de ocorrência se Zres>1,6 e será falta de ocorrência se Zres<-1,6 (PEREIRA, 1999).

A análise qualitativa se fundamentou no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Esta análise se expressa por meio de um discurso emitido no que se poderia chamar de "primeira pessoa (coletiva) do singular" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005a). O pensamento coletivo está presente no indivíduo, considerando que este é um pensamento internalizado por cada indivíduo da sociedade de um pensamento socialmente compartilhado, fazendo com que esta proposta de análise permita que o pensamento coletivo fale diretamente (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005b, LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2010).

Tal metodologia de análise tem como objetivo, segundo Sales et al., (2007, p. 132),

> [...] reduzir a variabilidade naturalmente presente nos discursos, visando com isso validar o conhecimento que o autor do discurso representa em sua fala. É em face disso, que na obtenção de qualquer discurso, mas, sobretudo do discurso verbal, a liberdade de falar, pensar livre e argumentar dos depoentes deve ser valorizada.

Estruturalmente, o DSC organiza-se por meio de figuras metodológicas como ideia central, expressão chave e ancoragem, exibindo o pensamento coletivo sobre o tema em questão. A junção dos discursos coletivos deve seguir alguns critérios, tais como: coerência, posicionamento próprio, distinção entre os DSC´s, diferenças

e/ou antagonismos presentes no discurso e a artificialidade natural (SALES et al., 2007).

A Expressão Chave (EC) são trechos selecionados do depoimento do entrevistado, que melhor representa e descreve o tema em questão. A Ideia Central (IC) são "fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presentes nos depoimentos de cada resposta e também no conjunto de respostas de diferentes indivíduos" A ancoragem por sua vez, são afirmações genéricas presentes nos discursos individual ou coletivo, que descrevem ideologias, crenças ou valores presentes no discurso. A ancoragem pode ou não estar presentes nos discursos (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005b, p. 22).

O DSC é construído a partir da reunião das EC´s que possuem Ideias Centrais ou Ancoragens similares ou complementares. O DSC, "permite identificar e reconstruir semelhanças vem como dar diferentes nomes a esses diferentes conjuntos de depoimentos de sentido semelhante" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2010, p. 29).

A metodologia do DSC enquadra-se na pesquisa em questão, pois, segundo Sales et al., (2007, p. 134),

> Por suas características técnicas e por seus instrumentos, pode-se afirmar que o DSC como uma técnica de análise de discursos revela-se um instrumento de ordenamento eficaz da comunicação que está na base de todas as representações sociais, na medida em que, em última instância, estas resultam de processos interacionais articuladores da construção social da realidade.

Nesta metodologia, a população estudada não precisa ser limitada e não se utiliza a saturação dos dados, pois o DSC pretende identificar "o quanto as ideias se repetem entre os entrevistados" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2010, p. 49), resgatando, assim, todas as ideias existentes e não somente as mais presentes no discurso. A abordagem nesta metodologia é qualiquantitativa, sendo necessário pensar dialeticamente, admitindo que um abordagem qualitativa pode ser avaliada quantitativamente, através de amostra, gráficos e percentuais (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2010).

4.5 Aspectos éticos

Cabe dizer que a pesquisa só teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNA-CEP/UMA (ANEXO B), conforme registro no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), 01992712.3.0000.5098 (ANEXO C).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise quantitativa

De posse dos 353 questionários partimos para a caracterização das variáveis deste estudo. Com a intenção de tornar mais clara a apresentação dos dados, tornou-se necessário dividir os dados em seis tabelas distintas.

Os dados dos questionários aplicados nas regiões de Ribeirão das Neves mostram que: 14,2% pertencem ao CVV, 11,3% à região I, 10,5% região II, 25,8% região III, 22,7% região IV e 15,6% região V. Dos entrevistados, 87,8% dos sujeitos foram as mães e 40,2% das crianças tinham de 1 mês até 4 meses e 30% de 7 a 12 meses. Em relação ao sexo, há pequena predominância do sexo masculino. Quanto ao hábito alimentar, 74,2% tomaram leite do peito. Destes, 48,2% amamentaram no peito 8 vezes ou mais; 62,3% tomaram água, 55,5% não tomaram chá e tomaram outro leite.

Tabela 2- Distribuição da amostra pelas regiões sanitárias e caracterização das crianças entrevistadas.

Variáveis	n (%)
Região sanitária	
CVVRS	50 (14,2)
I	40 (11,3)
II	37 (10,5)
III	91 (25,8)
IV	80 (22,7)
V	55 (15,6)
Idade da criança	
Menos de 1 mês	44 (12,5)
De 1 mês até 4 meses	142 (40,2)
De 5 a 6 meses	61 (17,3)
7 a 12 meses	106 (30,0)
Gênero da criança	
Feminino	174 (49,3)
Masculino	179 (50,7)

Tabela 3 – Alimentação da criança nas últimas 24 horas.

Variáveis	n (%)
Tomou leite do peito	
Sim	262 (74,2)
Não	91 (25,8)
Quantas vezes tomou leite do peito	
1 a 3 vezes	21 (5,9)
4 a 7 vezes	44 (12,5)
8 vezes ou mais	170 (48,2)
Não sabe	28 (7,9)
Sem informação	90 (25,5)
Tomou água	
Sim	220 (62,3)
Não	133 (37,7)
Não sabe	0 (0,0)
Tomou chá	
Sim	156 (44,2)
Não	196 (55,5)
Não sabe	1 (0,3)
Tomou outro leite	
Sim	196 (55,5)
Não	154 (43,6)
Não sabe	3 (0,8)
A criança recebeu outro leite	
Só durante o dia	41 (11,6)
Só durante a noite	26 (7,4)
De dia e de noite	131 (37,1)
Não sabe	2 (0,6)
Sem informação	153 (43,3)
Tomou mingau doce ou salgado	
Sim	98 (27,7)
Não	254 (72,0)
Não sabe	1 (0,3)
Comeu fruta em pedaço ou amassada	
Sim	
Não	169 (47,9)
Não sabe	184 (52,1)
	0 (0,0)
Comeu papa salgada	
Sim	161 (45,6)
Não	191 (54,1)
Não sabe	1 (0,3)
Tomou suco de fruta	
Sim	178 (50,4)
Não	174 (49,3)
Não sabe	1 (0,3)
Tomou suco industrializado	
Sim	37 (10,5)
Não	315 (89,2)
Sem informação	1 (0,3)

Tabela 3 – Alimentação da criança nas últimas 24 horas.

Variáveis	n (%)
Tomou refrigerante	
Sim	37 (10,5)
Não	315 (89,2)
Não sabe	0 (0,0)
Sem informação	1 (0,3)
Tomou café	
Sim	33 (9,3)
Não	320 (90,7)
Não sabe	0 (0,0)
Recebeu alimento adoçado com açúcar	
Sim	138 (39,1)
Não	215 (60,9)
Não sabe	0 (0,0)
Comeu bolacha ou salgadinho	
Sim	124 (35,1)
Não	228 (64,6)
Não sabe	1 (0,3)
Tomou ou comeu outros alimentos	
Sim	76 (21,5)
Não	276 (78,2)
Não sabe	1 (0,3)
Usou mamadeira ou chuquinha	
Sim	230 (65,2)
Não	123 (34,8)
Não sabe	0 (0,0)
Usou chupeta	
Sim	180 (51,0)
Não	173 (49,0)
Não sabe	0 (0,0)

Tabela 4 – Dados referentes ao nascimento da criança.

Variáveis	n (%)
Hospital que a criança nasceu	
HSJT	66 (18,7)
Odete Valadares	20 (5,7)
Odilon Behrens	25 (7,1)
Otaviano Neves	10 (2,8)
Risoleta Neves	78 (22,1)
Sofia Feldman	56 (15,9)
Unimed	27 (7,6)
Outros	71 (20,1)
Município que a criança nasceu	
Belo Horizonte	269 (76,2)
Ribeirão das Neves	69 (19,5)
Outros	13 (3,7)
Sem informação	2 (0,6)

Tabela 4 – Dados referentes ao nascimento da criança.

Variáveis	n (%)
Tipo de parto	
Normal	197 (55,8)
Fórcepes	10 (2,8)
Cesáreo	143 (40,5)
Não sabe	1 (0,3)
Sem informação	2 (0,6)
Peso ao nascer	
Até 2500	56 (15,9)
Mais que 2500	281 (79,6)
Não sabe	16 (4,5)
A criança mamou na primeira hora de vida	
Sim	235 (66,6)
Não	90 (25,5)
Não sabe	26 (7,4)
Sem informação	2 (0,6)
Após o nascimento, a criança teve alta com	
24 horas	28 (7,9)
48 horas	61 (17,3)
Até 5 dias	42 (11,9)
6 dias ou mais	23 (6,5)
não sabe	4 (1,1)
sem informação	195 (55,2)

Tabela 5 – Alimentação da criança no primeiro dia no domicílio.

Variáveis	n (%)
No primeiro dia em casa, mamou no peito	
Sim	152 (43,1)
Não	5 (1,4)
Não sabe	1 (0,3)
Sem informação	195 (55,2)
No primeiro dia em casa, tomou outro leite	
Sim	17 (4,8)
Não	140 (39,7)
Não sabe	1 (0,3)
Sem informação	195 (55,2)
No primeiro dia em casa, tomou água	
Sim	3 (0,8)
Não	154 (43,6)
Não sabe	1 (0,3)
Sem informação	195 (55,2)
No primeiro dia em casa, tomou chá	
Sim	9 (2,5)
Não	148 (41,9)
Não sabe	1 (0,3)
Sem informação	195 (55,2)

Tabela 6 – Dados da mãe da criança.

Variáveis	n (%)
Mãe da criança	
Sim	310 (87,8)
Não	43 (12,2)
Esta criança é o primeiro filho	
Sim	149 (42,2)
Não	161 (45,6)
Sem informação	43 (12,2)
Qual idade da senhora (mãe)	
Até 15 anos	4 (1,1)
16 a 20 anos	40 (11,3)
21 a 25 anos	78 (22,1)
26 a 29 anos	72 (20,4)
30 a 34 anos	78 (22,1)
Acima de 35 anos	38 (10,8)
Sem informação	43 (12,2)
Qual a última série que cursou com aprovação	
1º ao 4º ensino fundamental	9 (2,5)
5º ao 9º ensino fundamental	49 (13,9)
Fundamental completo	47 (13,3)
Ensino médio incompleto	24 (6,8)
Ensino médio completo	159 (45,0)
Superior incompleto	2 (0,6)
Superior completo	13 (3,7)
Sem informação	50 (14,2)
Sobre o trabalho, no momento a senhora	
Está trabalhando fora	52 (14,7)
Não está trabalhando fora	208 (58,9)
Licença de maternidade	48 (13,6)
Sem informação	45 (12,7)
Consulta de rotina	
Convênio ou particular	88 (24,9)
Rede pública	256 (72,5)
Não sabe/não faz	7 (2,0)
Sem informação	2 (0,6)

Tabela 7 – Aleitamento exclusivo aos seis meses de vida.

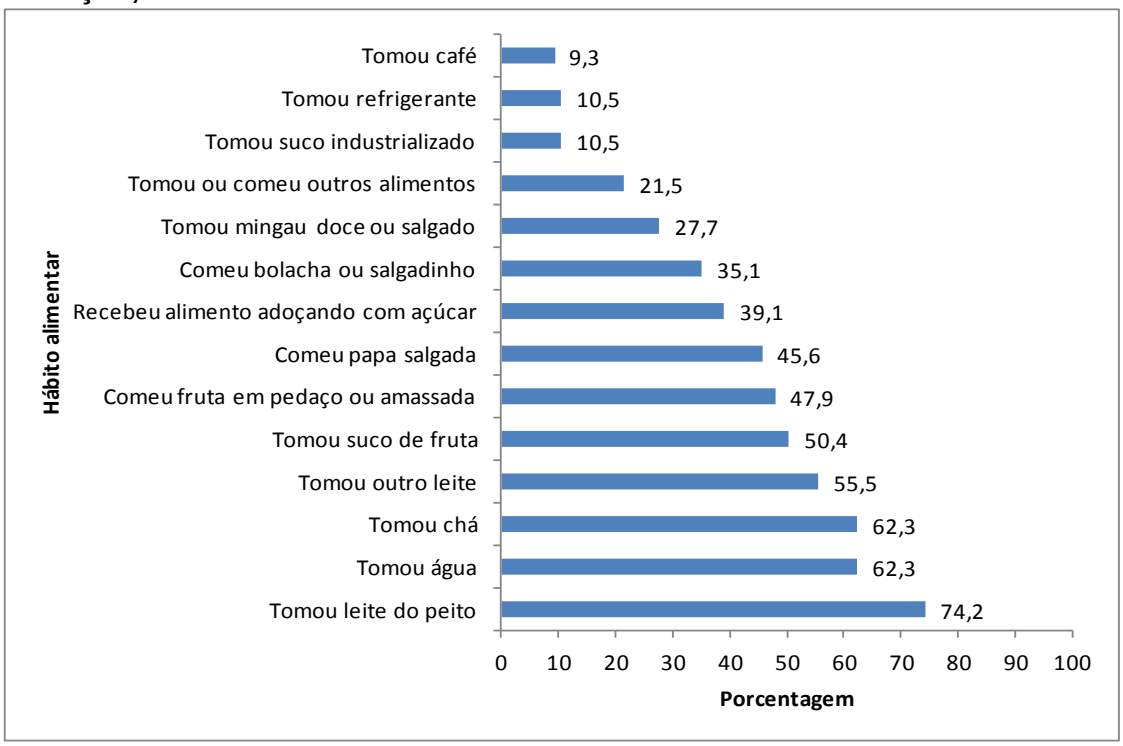
Variáveis	n (%)
Amamentação exclusiva	
Sim	74 (30,0)
Não	173 (70,0)

Mais de 50% das crianças que participaram da pesquisa encontrava-se na faixa etária de até seis meses de idade, sugerindo que esta mesma proporção deveria encontrar-se em AME. Entretanto, houve um alto índice de ingestão de água e outro leite. Um dado semelhante foi encontrado por Arantes et al. (2011), ao identificarem que a introdução de outro leite ocorreu precocemente a partir dos três meses de idade e manteve a tendência crescente até os cinco meses e perceberam, também, correlação estatística entre o consumo de água, chá e sucos e a suspensão do AME. Mais adiante serão discutidos os hábitos alimentares encontrados na população estudada.

Percebe-se que as mulheres mantém o AM em 74,2%, seja de forma complementada (quando a criança recebe outros alimentos sólidos ou semissólidos), predominante (quando a criança recebe bebidas à base de água), mista (quando recebe outro tipo de leite) ou somente aleitamento materno (quando a criança recebe o leite materno independente de receber ou não outros alimentos). As definições do tipo de aleitamento materno adotadas seguem o padrão da OMS, que também define que o AM deve ser mantido até os dois anos ou mais da criança (BRASIL, 2009a). De certa forma, a população estudada segue as orientações do Ministério da Saúde, ao adotar o AM, independente da classificação do mesmo.

Com vistas a explicitar mais claramente os hábitos alimentares das crianças, optou-se por apresentação gráfica desses dados, conforme Graf 1.

Gráfico 1 - Distribuição da porcentagem dos hábitos alimentares das crianças, Ribeirão das Neves 2012.



Das crianças que tomaram outro leite, 37,1% o receberam de dia e de noite; 27,7% tomaram mingau salgado; 47,9% comeram fruta; 45,6% comeram papa salgada; 50,4% tomaram suco de fruta; 10,5% receberam suco industrializado; 10,5% tomaram refrigerante; 9,3% tomaram café, 39,1% receberam alimento adoçado com açúcar; 35,1% comeram bolacha ou salgadinho; 21,5% tomaram ou comeram outros alimentos. No que diz respeito à mamadeira, 65,2% usaram-na ou chuquinha e 51% fizeram uso da chupeta.

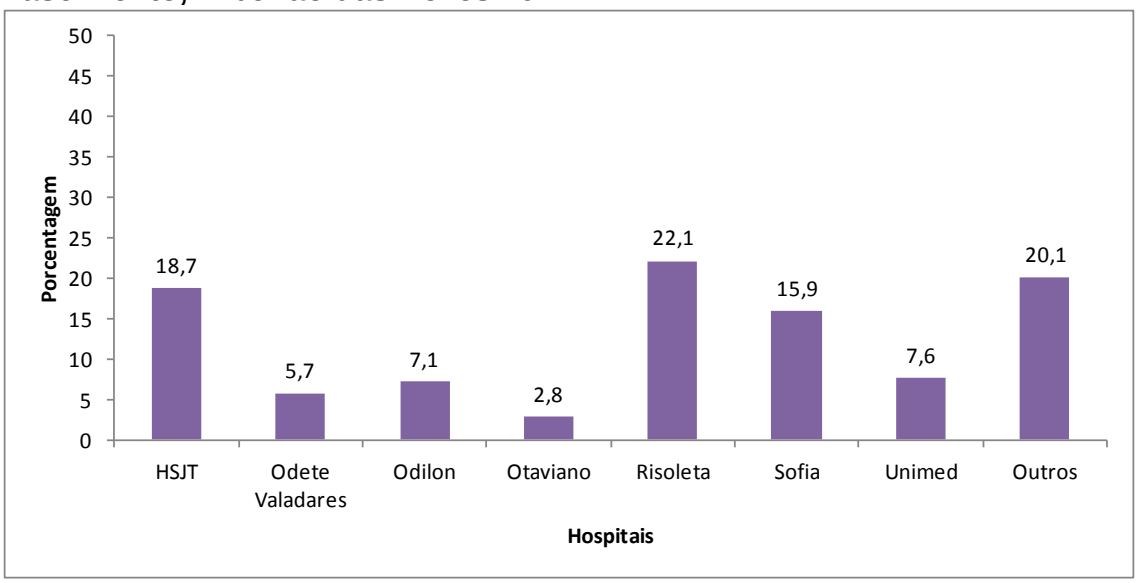
A introdução da alimentação complementar deve basear-se em uma alimentação saudável, rica em nutrientes, frutas e verduras. O consumo de produtos industrializados, ricos em sal, açúcar ou gordura devem ser evitados principalmente no primeiro ano de vida da criança (BRASIL, 2010e).

Como se pode notar, a introdução de alimentos ricos em açúcar, sal, gordura é expressiva na população estudada. O consumo de frutas não alcança 50% da população, induzindo a refletir se as mães estão sendo orientadas corretamente sobre a introdução da alimentação complementar.

Em um estudo sobre a alimentação complementar em lactentes, Caetano et al. (2010), comparando a alimentação em menores e maiores de seis meses, detectaram, respectivamente, que o consumo de refrigerante foi de 0 e 9%, o consumo de bolacha foi de 38,5 e 79,3%, o consumo de suco artificial 1,5 e 20,7% e o consumo de frutas foi de 84,6 e 97,3%. Os dados são semelhantes aos encontrados nesta pesquisa, sendo relevante ressaltar que o consumo de frutas foi muito superior ao identificado na população de Ribeirão das Neves.

No que tange à utilização de outros leites, Caetano et al. (2010) chamam a atenção para a diluição do leite, seja fórmula infantil ou de vaca. Os autores encontraram que a diluição adequada do leite fórmula infantil para menores e maiores de seis meses, respectivamente, foi de 23,8 e 34,7% e para o leite de vaca foi de 3,9 e 15,3%. Possuindo na população estudada um índice de 37,1% de crianças recebendo outro leite, torna-se importante avaliar a diluição, preparo e administração deste, a fim de garantir uma nutrição adequada dos lactentes.

Gráfico 2 – Distribuição da população estudada de acordo com o hospital de nascimento, Ribeirão das Neves 2012.

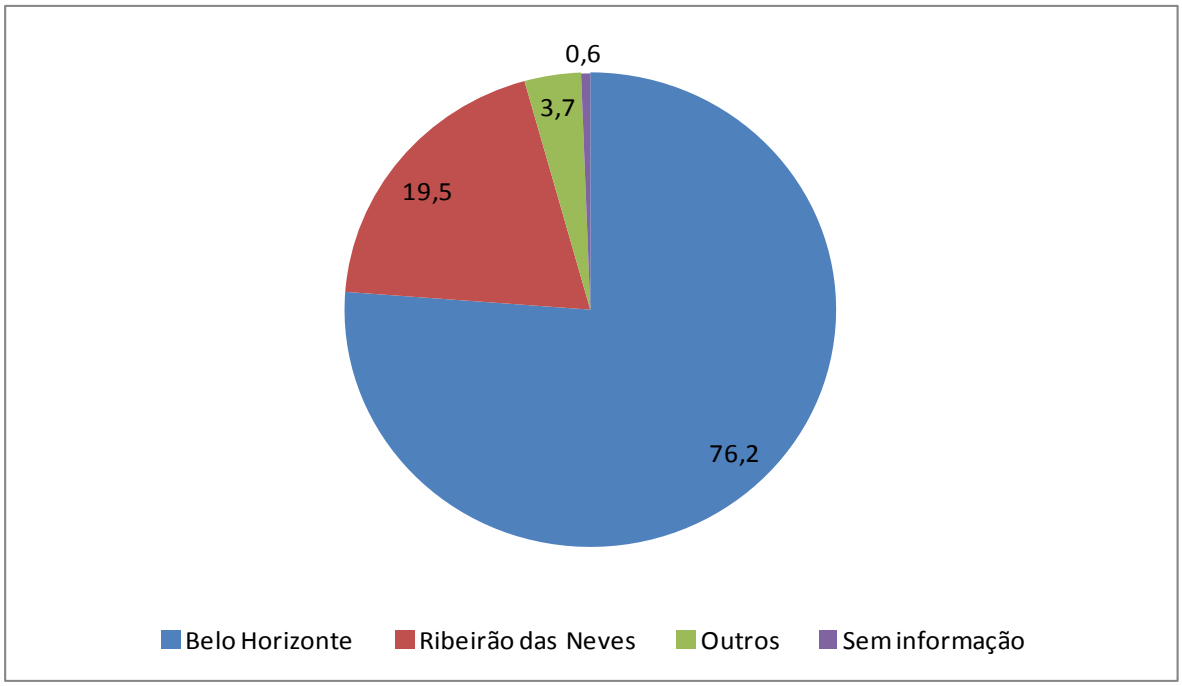


A análise dos dados do Graf.2 aponta os hospitais onde ocorreram os nascimentos das crianças desta pesquisa. No hospital Risoleta Neves foram 22,1% dos nascimentos, no Hospital São Judas Tadeu (HSJT),18,7% e no Sofia Feldman,

15,9%. Os outros hospitais da rede hospitalar de Belo horizonte não atingiram 10% desses nascimentos.

Os dados apontam, também, que a grande maioria das participantes teve os seus filhos em Belo Horizonte (76,2%), seguido de Ribeirão das Neves (19,5%), de acordo com os dados do Graf. 3. Este dado evidencia que as gestantes do município procuram outras maternidades para realizarem o parto. A maternidade de referência do município é o HSJT, que possui 18 leitos destinados para o atendimento de todas as gestantes do município. Tal constatação gera alguns questionamentos como: o que leva as gestantes buscarem atendimento em maternidades de outro município? Qual a deficiência percebida por estas gestantes no atendimento do HSJT? Qual ou quais mudanças poderiam ser realizadas para modificar este cenário?

Gráfico 3 - Porcentagem da ocorrência dos partos entre os municípios, Ribeirão das Neves 2012.



Na próxima página serão apresentados os dados referentes á análise de associação do AME. Mais uma vez, foi pertinente dividir a tabela em duas consecutiva

Tabela 8 - Resultados da análise de associação da AME, Ribeirão das Neves 2012.

Variáveis	AME		Total	Valor-p
	Sim	Não		
Faixa etária				
Menos de 1 mês	24 (32,4)**	20 (7,2)*	44	
De 1 até 4 meses	44 (59,5)**	98 (35,1)*	142	**<0,0001[1]**
De 5 até 6 meses	6 (8,1)*	55 (19,7)**	61	
Usou mamadeira ou chuquinha				
Sim	6 (8,1)	224 (80,3)	230	**<0,0001[1]**
Não	68 (91,9)	55 (19,7)	123	
Tipo de parto				
Normal	44 (59,5)	153 (55,2)	197	
Fórcepes	2 (2,7)	8 (2,9)	10	0,902[2]
Cesáreo	28 (37,8)	115 (41,5)	143	
Não sabe	0 (0,0)	1 (0,4)	1	
Mamou na primeira hora de vida				
Sim	48 (64,9)	187 (67,5)	235	0,554[1]
Não	22 (29,7)	68 (24,5)	90	
Não sabe	4 (5,4)	22 (7,9)	26	
Peso ao nascer				
<2500g	16 (21,9)	40 (15,2)	56	0,169[1]
>2500g	57 (78,1)	224 (84,8)	281	
Idade materna				
Até 15 anos	0 (0,0)	4 (1,7)	4	
16 a 20 anos	9 (12,5)	31 (13,0)	40	
21 a 25 anos	18 (25,0)	60 (25,2)	78	0,725[1]
26 a 29 anos	16 (22,2)	56 (23,5)	72	
30 a 34 anos	22 (30,6)	56 (23,5)	78	
Acima de 35 anos	7 (9,7)	31 (13,0)	38	
Essa criança é o primeiro filho				
Sim	30 (41,7)	119 (50,0)	149	0,215[1]
Não	42 (58,3)	119 (50,0)	161	
Escolaridade				
1º ao 4º ensino fundamental	2 (2,8)	8 (3,4)	10	
5º ao 9º ensino fundamental	11 (15,3)	38 (16,4)	49	
Fundamental completo	12 (16,7)	35 (15,1)	47	0,909[2]
Ensino médio incompleto	4 (5,6)	20 (8,6)	24	
Ensino médio completo	40 (55,6)	119 (51,3)	159	
Superior incompleto	1 (1,4)	1 (0,4)	2	
Superior completo	2 (2,8)	11 (4,7)	13	
Trabalho atual				
Está trabalhando fora	8 (11,1)	44 (18,6)	52	
Não está trabalhando fora	48 (66,7)	160 (67,8)	208	0,104[1]
Licença de maternidade	16 (22,2)	32 (13,6)	48	

Tabela 8 - Resultados da análise de associação da AME, Ribeirão das Neves 2012.

Variáveis	AME		Total	Valor-p
	Sim	Não		
Município que a criança nasceu				
BH	51 (68,9)	218 (78,7)	269	
Ribeirão das Neves	19 (25,7)	50 (18,1)	69	0,203[1]
Outros	4 (5,4)	9 (3,2)	13	

[1]Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico [2] Teste Qui-quadrado de Pearson exato

As variáveis que tiveram associação com AME foram: a faixa etária da criança e uso de mamadeira ou chuquinha de acordo com os valores p≤0,05 nos testes Qui-quadrado de Pearson. De acordo com a análise de resíduos ajustados, conclui-se que as crianças com idade entre um e quatro meses obtiveram o maior índice de AME . As crianças que não usaram chuquinha tiveram maior índice de AME quando comparadas àquelas que usaram.

O uso de mamadeira ou chuquinha apresentam associação negativa com o AME, interferindo no tempo e frequência da mamada e, por conseguinte, diminuindo a produção do leite materno. O uso de mamadeira acarreta também a disfunção motor-oral secundária ou a “confusão de bicos”, que se caracteriza pela dificuldade do bebê realizar a pega correta ao seio materno após o uso de diferentes bicos para receber alimento, além de oferecer risco de contaminação do alimento devido à higiene incorreta do artigo (VOLPINI E MOURA, 2005; CARVALHO, 2010; MONTE E GIUGLIANI, 2004, RAMOS et al., 2010).

A prevalência de AME foi maior em crianças até quatro meses, o que corrobora com o resultado obtido por Filamingo, Lisboa e Basso (2012) que obtiveram na população estudada, 74,4% de AME em crianças até quatro meses e 15,4% de AME até seis meses de idade. Resultado semelhante também foi encontrado por Volpini e Moura (2004) que identificaram que 63,6% das crianças analisadas foram desmamadas antes de completar seis meses de idade, uma consequência da introdução da introdução do leite não materno na dieta alimentar da criança. Arantes et al.(2011), identificaram que 63,3% da população analisada permaneciam em AME no segundo mês de vida e no sexto mês de vida esta taxa caiu para 7,7%.

Os motivos para realização do desmame precoce ou para introdução de outros alimentos antes dos seis meses de idade são diversos, sendo justificados desde alterações fisiológicas (como fissuras mamárias) até fatores socioculturais da mulher e sua família (FILAMINGO, LISBOA e BASSO, 2012). Outros fatores que interferem na manutenção do AME serão discutidos no decorrer do trabalho.

No presente estudo não houve correlação entre o tipo de parto e a manutenção do AME. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Ramos et al. (2010), Cortez, Marín-León e Campos (2011) e por Reis, Aguiar e Damasceno (2012). Assim, pode-se entender que a manutenção do AME relaciona-se com outros fatores, dentre eles, o desejo de amamentar da mulher. Considerando experiência anterior para o aleitamento exclusivo até os seis meses de idade, Reis, Aguiar e Damasceno (2012) detectaram que as mulheres que tiveram parto cesáreo apresentaram um índice discretamente maior de AME quando comparadas àquelas que tiveram parto vaginal. Em contrapartida, Naschi et al. (2009) perceberam correlação entre o tipo de parto e a manutenção do AME no primeiro mês de vida do bebê; as mulheres que tiveram parto natural apresentaram uma chance maior de manter o AME do que as mulheres que tiveram parto cesáreo. O parto cesáreo dificulta o contanto precoce entre mãe e bebê devido à incisão cirúrgica e analgesia e também dificulta a pega e sucção correta do bebê ao seio materno. O contato entre a mãe e bebê, quando realizado tardiamente, pode interferir no início e manutenção do aleitamento (JONES, 2010; BRASIL, 2009a, NARCHI et al., 2009).

A relação entre o AME e a amamentação na primeira hora de vida teve correlação no estudo realizado por Ramos et al. (2010), uma vez que identificaram que o aleitamento na primeira hora de vida aumentou as chances de AME, quando comparado com as mulheres que não aleitaram na primeira hora de vida. O contato pele a pele, entre mãe e bebê logo após o parto, favorece o estabelecimento do vínculo afetivo entre o binômio e interfere positivamente na manutenção do AME (JONES, 2010; BRASIL, 2009a). Em contrapartida, e em consonância com o resultado do presente estudo, Naschi et al. (2009) não encontraram diferença estatisticamente significante entre o contato precoce entre mãe e bebê e a manutenção do AME nos primeiros seis meses de vida da criança.

O Recém-Nascido (RN) de baixo peso pode apresentar dificuldade de pega e sucção, pois a alimentação deste neonato envolve os aspectos físicos, neurológicos (desenvolvimento de coordenação da sucção), afetivo, cognitivo e emocional. O conjunto destes aspectos visa desde o aporte nutricional necessário para o bom crescimento e desenvolvimento até ao aporte afetivo, necessário para o desenvolvimento social e emocional do bebê (BRASIL, 2011g). Os neonatos que apresentam peso ≥ 2.000 gr e ≤ 2.500gr são classificados como de médio risco ao nascer, e aqueles que apresentam peso ≤ 2.000 gr são classificadas como de alto risco ao nascer, de acordo com o Manual Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal (BRASIL, 2012), necessitando de acompanhamento médico em um serviço especializado. No estado de Minas Gerais, a avaliação especializada é realizada pelo Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), um programa de Redução da Mortalidade Materna e Infantil, avaliando e acompanhando a criança e a mãe em diversas situações de risco (MINAS GERAIS, 2007).

No presente estudo, não houve correlação entre as variáveis: aleitamento materno e peso ao nascer, ao contrário do estudo de Torres et al. (2012) que, na população analisada, todas as crianças que nasceram abaixo do peso não estavam em AME. Diante do exposto, o RN de baixo peso pode apresentar dificuldades para amamentar, mas, na população estudada, esta possível dificuldade não foi estatisticamente significante para determinar que o RN de baixo peso mama menos que o RN com maior peso. Portanto, o desmame ou a introdução precoce de alimentos para o grupo de RN de baixo peso pode estar relacionada a outras variáveis não analisadas na pesquisa.

Em relação à idade materna, não foi encontrado no presente estudo relação entre as variáveis de idade materna e AME. Dado semelhando também foi identificado no estudo realizado por Simon et al. (2009). A adolescência é um período de profundas mudanças, seja no âmbito físico, social ou emocional. Assim, a prática do aleitamento materno, nesta faixa etária pode não ter uma boa adesão, considerando a influência social exercida sobre a nutriz (TAKEMOTO, 2011). Porém, a partir dos dados identificados, não há possibilidade de correlacionar a imaturidade relacionada à idade materna com a não adesão ao AM.

Torres et al. (2012) identificaram que as mulheres que não possuíam história anterior de amamentação, possuíam uma chance 2,8 vezes maior de introduzir outros alimentos na alimentação da criança no primeiro mês de vida, quando comparadas às mulheres que possuíam história de aleitamento. Resultado semelhante foi encontrado por Martins et al. (2011), ao descobrirem que mães primíparas tinham um risco 41% maior de interromper o AME no primeiro mês de vida da criança, quando comparadas às multíparas. Em contrapartida, Damião (2008) não encontrou relação entre o AME e quantidade de filhos, corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa.

A escolaridade é uma variável que também apresenta divergências na literatura, quando cruzadas com a variável do AME. Conforme a pesquisa em questão, outros estudos também não encontraram relação estatística entre a escolaridade materna e a manutenção do aleitamento (RAMOS et al., 2010; TORRES et al., 2012, BRASILIERO et al., 2012). Já Damião (2008), Martins et al. (2011) e Volpini e Moura (2005) encontraram relação estatisticamente significante entre a baixa escolaridade materna e a manutenção do AME, ao contrário de Carrascoza et al. (2011), que encontraram relação entre a alta escolaridade materna e a manutenção do AME. Ou seja, em populações diferentes podemos obter três cenários diferentes: a escolaridade materna não interfere na prática do AME; a mãe que possui baixa escolaridade aumenta a tendência de desmamar ou introduzir outros alimentos precocemente; quando a mãe possui alta escolaridade a chance de introduzir precocemente outros alimentos ou desmamar a criança é maior. Os autores identificaram que a causa da introdução precoce de alimentos ou desmame é multivariada ou desconhecida no universo das pesquisas.

Em relação ao trabalho materno, há divergentes relatos na literatura quanto a sua interferência no AME. Há relatos de interferência negativa no AME, aonde a mulher trabalhadora amamenta menos do que as mulheres que não exercem atividade laboral fora do lar. Esta diferença pode ser o dobro, conforme o estudo de Damião (2008), cujas mulheres que não trabalhavam fora do lar tinham uma chance duas vezes maior de amamentar do que aquelas que trabalhavam fora do lar. Há também relatos na literatura onde o trabalho materno não exerce influência significativa sobre o AME. Ou seja, a mulher que trabalha amamenta na mesma

quantidade que aquela que não trabalha (RAMOS et al., 2010; TORRES et al., 2012). Martins et al. (2011) identificaram que há uma relação entre a mulher com baixa renda e o AME, sendo que, as mulheres com menor renda tem uma chance maior de interromper precocemente o AME. Estes autores não correlacionaram a baixa renda com o trabalho materno, mas ressaltam a importância de uma rede de suporte após a alta para a mulher e sua família.

A prevalência de AME no município de Ribeirão das Neves é de 21%, muito aquém do preconizado pela OMS e muito abaixo do índice nacional que é de 41% (BRASIL, 2009b). Percebe-se que as variáveis que possivelmente justificariam este baixo índice de AME, no município, não conseguem isoladamente fazê-lo. O uso de mamadeira e a idade da criança não são capazes de justificar e, posteriormente, fazer compreender a realidade do AME no município. As demais variáveis que não tiveram relação estatisticamente significante com a variável do AME poderiam (individual ou coletivamente), desanuviar o cenário do AME, conduzindo ações e programas.

De acordo com os dados obtidos, percebe-se que o motivo para a não adesão ao AM compreende outras variáveis que não foram analisadas no estudo, tornando-se necessárias outras pesquisas para compreender o motivo da não adesão ao AME na população de Ribeirão das Neves.

A seguir, estão descritas na Tab 4, as variáveis selecionadas pela pesquisadora para identificar a correlação com o índice de AME. Devido ao grande número de variáveis, fez-se necessário dividir esta tabela em três partes.

Tabela 9 - Resultados da análise de associação entre idade da criança e o hábito alimentar, Ribeirão das Neves 2012.

Variáveis	Idade da criança				Total	Valor-p
	<1 mês	De 1 até 4 meses	De 5 a 6 meses	De 7 a 12 meses		
Tomou água						
Sim	5 (11,4)*	64 (45,1)*	53 (86,9)**	98 (92,5)**	220	**<0,0001[1]**
Não	39 (88,6)**	78 (54,9)**	8 (13,1)*	8 (7,5)*	133	
Tomou chá						
Sim	12 (27,3)*	64 (45,1)	28 (45,9)	52 (49,1)	230	
Não	32 (72,7)**	77 (54,2)	33 (54,1)	54 (50,9)	123	0,258[2]
Não sabe	0 (0,0)	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Tomou outro leite						
Sim	13 (29,5)*	64 (45,1)*	41 (67,2)**	78 (73,6)**	196	0,902[2]
Não	31 (70,5)**	76 (53,5)**	20 (32,8)	27 (25,5)*	154	
Não sabe	0 (0,0)	2 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,0)	3	
A criança recebeu outro leite						
Só durante o dia	3 (23,1)	19 (28,8)**	11 (26,8)	8 (10,0)*	41	
Só durante a noite	5 (38,5)**	13 (19,7)**	3 (7,3)	5 (6,3)*	26	
De dia e de noite	5 (38,5)*	34 (51,5)*	27 (65,9)	65 (81,3)**	131	**<0,0001[2]**
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,4)	2	
Sem informação	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
Tomou mingau doce ou salgado						
Sim	1 (2,3)*	22 (15,5)*	23 (37,7)	52 (49,1)**	98	**<0,0001[2]**
Não	43 (97,7)**	120 (84,5)**	38 (62,3)	53 (50,0)*	254	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,0)	1	

Tabela 9 - Resultados da análise de associação entre idade da criança e o hábito alimentar, Ribeirão das Neves 2012.

Variáveis	Idade da criança				Total	Valor-p
	<1 mês	De 1 até 4 meses	De 5 a 6 meses	De 7 a 12 meses		
Comeu fruta em pedaço ou amassada						**<0,0001[1]**
Sim	1 (2,3) *	25 (17,6) *	43 (70,5) **	100 (94,3) **	169	
Não	43 (97,7) **	117 (82,4) **	18 (29,5) *	6 (5,7) *	184	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
Comeu papa salgada						
Sim	1 (2,3)	19 (13,4)	42 (68,9)	99 (93,4)	161	0,215[1]
Não	43 (97,7)	123 (86,6)	19 (31,1)	6 (5,7)	191	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1	
Tomou suco de fruta						
Sim	1 (2,3) *	38 (26,8) *	48 (78,7) **	91 (85,8) **	178	**<0,0001[2]**
Não	43 (97,7) **	104 (73,2) **	13 (21,3) *	14 (13,2) *	174	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1	
Tomou suco industrializado						
Sim	1 (2,3)	9 (6,3) *	3 (4,9)	24 (22,9) **	37	**<0,0001[1]**
Não	43 (97,7)	133 (93,7) **	58 (95,1)	81 (77,1) *	315	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
Tomou refrigerante						
Sim	0 (0,0) *	7 (5,0) *	1 (1,6) *	29 (27,4) **	37	**<0,0001[1]**
Não	44 (100,0) **	134 (95,0) **	60 (98,4) **	77 (72,6) *	315	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
Tomou café						
Sim	0 (0,0) *	4 (2,8) *	4 (6,6)	25 (23,6) **	33	**<0,0001[1]**
Não	44 (100,0) **	138 (97,2) **	57 (93,4)	81 (76,4) *	320	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	

Tabela 9- Resultados da análise de associação entre idade da criança e o hábito alimentar, Ribeirão das Neves 2012.

Variáveis	Idade da criança				Total	Valor-p
	<1 mês	De 1 até 4 meses	De 5 a 6 meses	De 7 a 12 meses		
Recebeu alimento adoçado com açúcar						
Sim	3 (6,8) *	27 (19,0) *	37 (60,7) **	71 (67,0) **	138	**<0,0001[1]**
Não	41 (93,2) **	115 (81,0) **	24 (39,3) *	35 (33,0) *	215	
Comeu bolacha ou salgadinho						
Sim	1 (2,3) *	15 (10,6) *	25 (41,0)	83 (78,3) **	124	**<0,0001[1]**
Não	43 (97,7) **	127 (89,4) **	36 (59,0)	22 (20,8) *	228	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1	
Tomou ou comeu outros alimentos						
Sim	0 (0,0) *	9 (6,3) *	17 (27,9)	50 (47,2) **	76	**<0,0001[1]**
Não	44 (100,0) **	133 (93,7) **	44 (72,1)	55 (51,9) *	276	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,0)	1	

[1]Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico [2] Teste Qui-quadrado de Pearson exato*Resíduo ajustado <-1,96 e **Resíduo ajustado>1,96

A análise dos dados da Tab 4 desvela que as variáveis que tiveram associação com a faixa etária da criança foram: tomar água, receber outro leite, tomar mingau doce ou salgado, comer frutas em pedaço ou amassada, tomar suco de fruta ou suco industrializado, ingerir refrigerante e ou café, receber alimento adoçado com açúcar, comer bolacha ou salgadinho e tomar ou comer outros alimentos, de acordo com os valores-p≤0,05 nos testes Qui-quadrado de Pearson assintótico e exato.

Segundo a análise de resíduos ajustados, conclui-se que as crianças que mais tomaram água, que mais comeram fruta, que mais tomaram suco de fruta, receberam alimentação adocicada com açúcar estavam com idade entre cinco e seis meses e de sete a doze meses. Já as crianças que tomaram mingau doce ou salgado, tomaram sucos industrializados e café, comeram bolacha ou salgadinho e tomaram ou comeram outros alimentos estavam na faixa etária de sete a doze meses.

As crianças menores de um mês de idade que tomaram outro leite o fizeram somente durante a noite; as crianças com idade entre um e quatro meses só ingeriram outro leite durante o dia ou só durante a noite e aquelas entre sete e 12 meses durante dia e noite.

A alimentação complementar iniciada precocemente aumenta o risco de doenças ligadas ao desmame precoce. Podemos citar algumas afecções tais como: aumenta o risco de desenvolver pneumonia, aumenta 2,2 vezes a chance de a criança morrer por doenças infecciosas e 3,9% a chance de morrer por diarreia ou doenças respiratórias (VIEIRA et al., 2004).

Como já discutido anteriormente, o leite humano é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê até o sexto mês de vida. Quando ocorre a introdução precoce de outros alimentos, sobrevém uma deficiência nutricional na dieta da criança, pois nenhum outro alimento contém as propriedades nutritivas do leite humano, o que pode levar à desnutrição infantil por práticas inadequadas de desmame e introdução de alimentos (MONTE e GIUGLIANI, 2004; VIEIRA et al., 2004).

A introdução precoce do leite de vaca é responsável por 20% das alergias alimentares e não deve ser introduzido antes da criança completar nove meses. Este leite é rico em proteínas, que são totalmente absorvidas pela mucosa intestinal da criança e, por conseguinte, há uma resposta imunológica a esta proteína íntegra, levando a alergia alimentar. Este leite é também fator de risco independente para o desenvolvimento de anemia carencial ferropriva, sendo responsável por uma queda de 0,2g/dL dos níveis de hemoglobina por mês na criança (MONTE e GIUGLIANI, 2004; VIEIRA et al., 2004, CAETANO et al., 2010). Como se não bastasse tais intercorrências, o leite de vaca é também correlacionado com o aparecimento de diarreias devido à contaminação do leite durante o preparo, doenças atópicas, diabetes melito tipo I e asma. Destaca-se, ainda, que a criança que recebe o leite de vaca antes de quatro meses de idade tem um risco três vezes maior de desenvolver asma até os quatro anos de idade do que aquelas que não recebem leite de vaca (MONTE e GIUGLIANI, 2004; STRASSBURGER et al., 2010).

O consumo precoce de café e chá também está relacionado com a baixa absorção de ferro, sendo desaconselhado o seu consumo até que a criança complete um ano de idade (MONTE e GIUGLIANI, 2004, BRASIL, 2010e). A papa de fruta iniciada antes dos seis meses de idade possui dois fatores relevantes a serem observados: é uma fonte de contaminação quando não higienizada corretamente, podendo levar a diarreias, e devido a imaturidade neurológica da criança até os seis meses, a mesma não consegue deglutir corretamente os alimentos que não são líquidos, podendo levar à aspiração ou engasgo (ARANTES et al., 2011; VIEIRA et al., 2004).

Em relação ao uso precoce de água e suco de fruta, esses ingredientes se mostraram menos agressivos à criança que os outros alimentos. Portanto, faz-se necessário uma mudança na orientação e apoio dos profissionais de saúde, caso seja necessária a introdução precoce de alimentos ou se a mãe já tenha iniciado a alimentação complementar (VIEIRA et al., 2004).

O consumo de alimentos não nutritivos como refrigerante, açúcar, bolachas, salgadinhos, doces, frituras e alimentos industrializados devem ser desestimulados,

pois tem relação com o surgimento de anemia ferropriva, obesidade infantil e alergias alimentares. O sal iodado tem uma importância significativa na dieta da criança, pois garante a ingestão do iodo; todavia, o seu consumo deve ser moderado (BRASIL, 2010e).

Outro aspecto a ser avaliado para a introdução da alimentação complementar é a condição familiar. Situações de insegurança alimentar devem ser avaliadas e acompanhadas prioritariamente. Gomes e Gubert (2012) identificaram que o AM é maior nas crianças que se encontram em situação de insegurança alimentar. Cabe ressaltar que o AM não substitui a alimentação complementar após seis meses de vida da criança, mas, nessa situação específica a sua manutenção favorece a saúde da mesma. A introdução precoce de alimentos nas crianças em situação de insegurança alimentar não deve ser estimulada, tão pouco orientada. No estudo de Gomes e Gubert (2012) não houve relação entre a situação de insegurança alimentar e a introdução precoce de alimentos.

Em situações especiais quando a criança não é aleitada, o Ministério da Saúde propõe o seguinte esquema alimentar:

Quadro 3 - Esquema alimentar para crianças não amamentadas.

Menores de 4 meses	De 4 a 8 meses	Após completar 8 meses	Após completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de Fruta	Fruta	Fruta
	Papa Salgada	Papa Salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
	Papa de Fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou cereal ou tubérculo
	Papa Salgada	Papa Salgada ou refeição da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL, 2010e, p. 37.

5.2 Análise qualitativa: o discurso do sujeito coletivo

Antes de apresentar o DSC e respectiva análise, fez-se pertinente dizer quem são os sujeitos que permitiram a materialização da compreensão das ações de promoção do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Dos 18 respondentes, 28% são enfermeiros e 28% Agentes Comunitários de Saúde; 22% são médicos e igualmente, 22% são Técnicos e ou Auxiliares de enfermagem. Estes têm tempos díspares de trabalho na UBS. Pode-se perceber que grande parte, 44% encontram-se entre 1 ano a 2 anos, seguidos por 28% que estão há mais de 3 anos. Na faixa de 2 a 3 anos, tem-se o percentual de 6% e entre seis meses e um ano, 22%. Infere-se, assim, que os profissionais das UBS de Ribeirão das Neves têm pouco tempo de atuação nessas unidades.

Quanto ao gênero, como sempre ocorre na área da saúde, o sexo feminino prepondera com 89%, e apenas 11% são do sexo masculino. Ao serem questionados a respeito de terem filhos, 50% responderam sim e 50% não. Esta pergunta fez sentido, pois acreditamos que a vivência do fenômeno amamentação é fator importante para quem orienta acerca desse processo.

Em relação ao questionamento **"***Você amamentou ou apoiou a sua esposa ou companheira a amamentar?",* lembrando que 50% do universo entrevistado têm filhos, 100% disseram sim. Um sujeito acrescentou à questão que não havia amamentado o primeiro filho, mas os demais, sim. No tempo médio de amamentação predominou o período de até seis meses para 78% dos sujeitos e de 11% para até três meses e quatro meses, respectivamente.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo categorizadas e analisadas segundo a normalização descrita por Lefrèvre e Lefèvre (2005 e 2010).

Quadro 4 - O motivo que levou os profissionais de saúde a amamentar.

Expressão Chave	Ideia Central
Quando eu tive a primeira filha eu era muito nova, tinha 17 para 18 anos, e achava importante naquele momento né, na primeira filha, achava importante apesar de não ser profissional da saúde ainda naquele momento eu achava importante. Achava bonito, importante pro neném, importante pra mim. E eu morava no norte de Minas, lá interior né, cidade pequena, é costume das mães amamentarem muitos os bebês, eu acho que mais que aqui. Que lá, a maioria das mães não trabalham, quando trabalham mesmo trabalhando amamentam porque trabalham perto, então dá pra continuar amamentando o bebê. [...] Então acho que isso veio da minha família também. Da minha mãe, minha avó, das minhas tias, dos vizinhos né? Então já é como se fosse um costume mesmo essa coisa de amamentar, naquele momento. Na segunda filha eu já era mais velha, tava terminando a faculdade, já sabia toda a importância teórica, e a importância do aleitamento e científica e sempre tive o desejo e amamentei também a segunda filha muito tempo. **E1**	1. O aleitamento é importante tanto para a mãe quanto para o bebê. 2. O aleitamento é bonito. 3. Em cidades pequenas, o aleitamento é mais comum do que em cidades maiores, possivelmente porque a maioria das mulheres não trabalha e, se trabalham, é próximo de casa, o que lhes possibilita a manutenção do aleitamento materno. 4. O aleitamento é um ato cultural, passado de geração para geração, no núcleo familiar. 5. O aleitamento, a partir de seu conhecimento teórico e científico apreendido, alia a sua importância ao desejo de amamentar. Assim, faz com que a mulher aleite o seu filho.
A gente sabe os benefícios da amamentação. Criar vínculos, a saúde, a inteligência são fatores assim que me estimularam bastante a amamentar. Sem contar na praticidade, né? É bem prático. **E6**	1. O aleitamento propicia a criação de vínculo entre mãe e filho, além de favorecer a saúde do bebê e aumentar sua Inteligência. 2. O aleitamento materno é prático.
Ah, porque era o mais saudável pra eles [...]acho que foi isso, aí, mas foi por causa disso, que era o mais saudável mesmo. **E8**	1. O aleitamento é saudável para a criança.

Quadro 4 - O motivo que levou os profissionais de saúde a amamentar

Expressão Chave	Ideia Central
Olha falar a verdade de todas as três agora que eu sinto assim mais a maternidade mais mesmo é agora que eu pude me doar mais pra ela entendeu, e a importância mesmo que antes eu não tinha muito juízo não. Não tinha muito esclarecimento a respeito da importância do aleitamento materno, e agora não, eu tô mais esclarecida, mesmo por tá na área também. [...]Aí ela amamenta até hoje, e eu dou assim com o maior prazer. Muito bom. **E11**	1. Para amamentar a criança é imperativo doação, esclarecimento acerca da importância do aleitamento e juízo da mãe. 2. O aleitamento promove prazer para a mãe.
Ah, saber da importância do leite materno pras crianças, pro benefício dele mesmo. E da gente também né? Emagrece mais rápido, volta pro corpo. O benefício pra gente também. **E13**	1. O leite materno é importante e traz benefícios para o bebê e para a mulher. 2. O aleitamento faz com que a mulher emagreça mais rápido e retorne ao corpo pré-gestacional em um período de tempo mais curto.
Orientações do pré-natal e a importância né, da amamentação até os seis meses. [...]mas foi orientação do pré-natal, que tinha o grupo né? de gestantes lá no Hospital Militar e eu participei do curso de gestante. Então esse curso de gestante hoje ele me levou a ter até outros olhos como enfermeira e como mãe também na época. **E14**	1. O aleitamento foi estimulado no pré-natal por meio do grupo de gestante e também no curso de gestante do Hospital X. Nesses espaços foi possível abrir os “olhos” para sua importância.
A mais velha não. Eu era muito jovem, né, [...] Eu ainda tava meio imatura e não tive uma orientação adequada quanto a amamentação. Aí eu tive mastite, tive muita febre, e ela teve que tomar mamadeira, porque ela mesma começou a rejeitar o peito, porque o peito tava muito cheio, não tinha bico, porque eu não fui orientada na gravidez, as questões da amamentação mesmo. Porque este trabalho tem que começar desde a gravidez até depois que nasce o bebê. E as outras, as outras amamentaram. **E15**	**1.** O fracasso do aleitamento se dá pela falta de orientação da gestante durante o pré-natal. Essa lacuna de conhecimento gera problemas ligados à mama e impede o ato de amamentar. Para sanar tais dificuldades, as orientações a esse respeito devem ter início no pré-natal e serem ampliadas até após o nascimento do bebê.

DSC

IC 1: O aleitamento materno como um ato importante

Eu amamentei porque eu achava importante naquele momento, o leite materno era importante para o bebê e para mim também. Como sempre tive o desejo de amamentar, quando adquiri conhecimento sobre a importância teórica e científica do aleitamento, este conhecimento reforçou o meu desejo e amamentei meu filho por mais tempo. (E1 e E13)

IC 2: O aleitamento materno como ato cultural e bonito

Quando eu amamentei, eu morava em uma cidade pequena, aonde é costume das mulheres amamentarem os seus filhos, pois a maioria das mães não trabalham, e quando trabalham, mesmo trabalhando amamentam, porque trabalham perto. Isso veio da minha família também. Da minha mãe, minha avó, das minhas tias, dos vizinhos né? Então já é como se fosse um costume mesmo essa coisa de amamentar, naquele momento e eu achava bonito. (E1)

IC 3: Os benefícios para a mãe e para o bebê do aleitamento

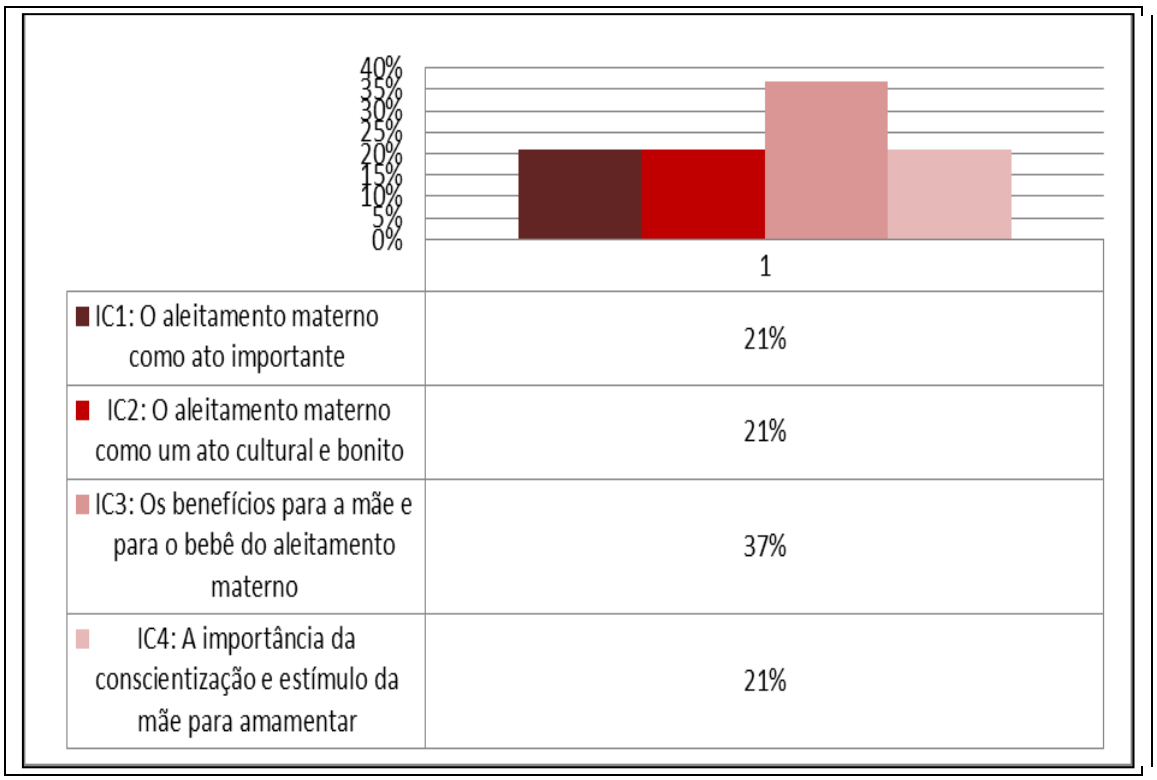
O aleitamento materno possibilita criar vínculos, a saúde, a inteligência do bebê são fatores assim que me estimularam bastante a amamentar. Sem contar na praticidade, né? É bem prático porque era o mais saudável pra ele e eu dou assim com o maior prazer. Muito bom. Saber da importância do leite materno pras crianças, pro benefício deles mesmo. E da gente também, né? Emagrece mais rápido, volta pro corpo. O benefício pra gente também. (E6, E8, E11, E13)

IC4: A importância da conscientização e estímulo da mãe para amamentar

A importância mesmo que antes eu não tinha muito juízo não. Não tinha muito esclarecimento a respeito da importância do aleitamento materno, e agora não, eu tô mais esclarecida, mesmo por tá na área também. Eu ainda tava meio imatura e não tive uma orientação adequada quanto a amamentação. Aí eu tive mastite, tive muita febre, e ela teve que tomar mamadeira, porque ela mesma começou a rejeitar o peito, porque o peito tava muito cheio, não tinha bico, porque eu não fui orientada na gravidez, as questões da amamentação mesmo. Foram as orientações do pré-natal durante o grupo de gestante e a importância né, da amamentação até os seis meses,

que me levaram a amamentar. Então esse curso de gestante hoje, ele me levou a ter até outros olhos como enfermeira e como mãe também na época. Porque este trabalho tem que começar desde a gravidez até depois que nasce o bebê. (E11, E14, E15)

Gráfico 4 - Motivo que levou as profissionais de saúde a amamentar os seus filhos, Ribeirão das Neves 2012.



São indiscutíveis os benefícios do aleitamento materno trazidos para a mãe e para o bebê. Provavelmente, o reconhecimento desses benefícios seja o motivo mais citado pelas entrevistadas no que se refere à manutenção do AM.

Dentre os benefícios elencados para o binômio mãe e filho, podemos destacar que na mulher, o AM previne o câncer de mama e de ovário; previne fraturas por osteoporose; diminui o risco de desenvolver artrite reumatoide; auxilia no retorno ao peso pré-gestacional; provoca amenorreia, caracterizando um método anticoncepcional natural; oferece menor custo financeiro e melhora a qualidade de vida. Considerando os benefícios para a saúde da criança, dentre outros, ressaltam-se: o AM evita morte infantil, diarreia, infecção respiratória, asma,

alergias, obesidade; oferece maior imunidade às doenças; previne hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia na vida adulta, além de proteger contra leucemia linfocítica e linfoma de Hodgking. Também produz efeito positivo no desenvolvimento cognitivo da criança, e na inteligência verbal (BRASIL, 2009a; CAMINHA et al., 2010; CAMINHA et al., 2011; FALEIROS, 2005).

A opção por amamentar germina, possivelmente, devido a diversos motivos. A cultura do aleitamento materno, de acordo com Lara, Brito e Resende (2012), ao analisarem a influência dessa na prática profissional dos ACS´s, identificaram que há uma forte ligação cultural na disseminação da informação em saúde, repassada pelos ACS´s à comunidade. Interligada a esta constatação, perceberam a necessidade de uma formação em saúde para esses profissionais que considerem os aspectos culturais que permeiam o AM, com vistas à reprodução, dentro do contexto cultural da comunidade, da melhor prática do AM.

Ainda avaliando a cultura intrínseca no AM, Marques, Cotta e Priore (2011), Campos et al. (2011) e Oliveira et al. (2005) identificaram que os mitos, crenças e práticas populares ligadas ao AM interferem para a manutenção do mesmo, reforçando a necessidade de uma capacitação dos profissionais de saúde voltada para o cotidiano cultural da mulher.

Sabe-se que o serviço de saúde executa importante papel na promoção do aleitamento materno, o que permite auxiliar na sua manutenção ou auxiliar no desmame precoce (CAMPOS et al., 2011; FONSECA-MACHADO et al., 2012; FALEIROS, 2005; ALBERNAZ e VICTORA, 2003; CALDEIRA et al., 2007; CRUZ et al., 2010; NIQUINI et al., 2009; VOLPINI e MOURA, 2005). Este fato adverte para a importância da qualificação dos profissionais e do impacto desta qualificação (ou a falta dela) na manutenção do aleitamento materno.

Polido et al.(2011) atestam que as mulheres demonstram conhecer os benefícios do aleitamento materno, mas sentem-se inseguras na primeira semana após o parto, momento crítico para a manutenção ou não do AME.

Acerca desse contexto, percebe-se que a atuação do profissional de saúde é primordial para o auxilio e a manutenção do AME. Em diversas situações, é somente por meio do profissional de saúde que a mulher obtém informações sobre os benefícios do AM; em outros momentos, o profissional de saúde configura-se como a principal fonte de informação ou a fonte de informação mais confiável para a mulher. Nessa troca de informações e de construção do conhecimento, tanto o profissional de saúde quanto a mulher se tornam sujeitos ativos e se empoderam para capacitar e para o ato de amamentar.

Este estreito laço que o profissional de saúde e o próprio serviço de saúde estabelecem com a mulher e sua família deve ser fundado a partir de trocas de informações, de respeito à cultura, tornando-a matéria prima para discussão e discernimento do que pode e do que não pode, do que deve ser preservado e do que dever ser descartado. Este estreito laço consolida não somente o conhecimento e a qualificação do profissional, mas cria vínculos com a mulher e familiares.

Quadro 5 - O início e o motivo do desmame dos filhos dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Da primeira filha eu achei que tava na hora e por ela mesmo, ela parou, por ela mesmo, da primeira filha não foi eu que tirei não. Da segunda foi porque eu já comecei a trabalhar e ela já mamava pouco mesmo, era de manhã e de noite, por ela mesmo. Elas foram largando assim, pela idade, começam a andar, principalmente nesse período que elas estão caminhando e começam a comer outras coisas e acaba que vai esquecendo do peito. Parou. (Risos). **E1**	1. O desmame aconteceu porque já estava na hora e as crianças abandonaram o peito por elas mesmas. 2. A criança já mamava pouco e o desmame foi influenciado pelo início da atividade laboral.
Oh, porque assim, igual os mais velho, por exemplo, é porque eu comecei a trabalhar fora né, aí tive que desmamar ele. A outra também foi. Depois ela mesmo, largou por conta própria, né? Que ela achou que não (Risos) tava fazendo muita falta né? Deve ser. Mas foi por isso, foi mesmo por conta de trabalho mesmo, que eu comecei a desmamar eles, todos três. **E3**	1. O desmame aconteceu devido o retorno ao trabalho e por conta própria da criança. 2. A criança já mamava pouco e o desmame foi influenciado pelo início da atividade laboral.
O primeiro desmamei por causa de trabalho, eh, voltei rápido ao trabalho. O segundo demorou mais porque eu optei por tomar conta da criança, eu optei ser mãe somente, sem trabalhar, então o desmame posterior foi relacionado ao trabalho. **E6**	1. O desmame adveio tendo em vista o retorno ao trabalhar. 2. O fato da mãe não trabalhar aumenta o tempo de aleitamento materno, postergando o desmame.
Porque o leite secou mesmo. Não tinha mais nada. **E8**	1. O desmame aconteceu porque o leite secou.
Foi falta de orientação mesmo na época. Aí introduzindo outros alimentos a criança deixa de mamar, ué. Que ela vai querer aquilo que tá mais fácil, ela não vai ter trabalho nenhum. Aí já entrei com mamadeira e essas coisas assim. **E11**	1. O desmame ocorreu por falta de orientações o que desencadeou, precocemente, a alimentação complementar e a introdução da mamadeira. 2. A criança que se alimenta com outros alimentos deixa amamentar porque fica mais fácil para ela.

Quadro 5 - O início e o motivo do desmame dos filhos dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Ele que começou a rejeitar. Porque como eu voltei a trabalhar, naquela época eram quatro meses, aí eu voltei, eu tirei férias aí ele mamou cinco meses, aí assim que eu voltei ele começou, ele... ficava longe pra mim ir amamentar na hora do almoço, aí começou a mamar mamadeira, aí ele não quis mais, ele mesmo começou a rejeitar. Cuspia, não queria, e aí tive que parar. **E13**	1. O retorno ao trabalho desencadeou o desmame e a rejeição do peito pela criança. 2. A criança que se alimenta com outros alimentos deixa de mamar no peito e o rejeita. 3. O desmame aconteceu porque a criança desistiu do peito sozinha.
O motivo foi trabalhista e o desmame também porque os horários das mamadas não tava satisfazendo mais por causa do horário e eu ficava ausente de casa, aí não teve como. **E14**	1. O retorno ao trabalho propicia o desmame, uma vez que o horário das mamadas não satisfaz a criança.
Oh, eh... começou a não, a ter anemia,né, que não estava se alimentando direito, porque ficava só querendo mamar no peito, e não queria comer outras coisas. Às vezes comia uma fruta, mas não queria comer comida, e, eu não quis dar mamadeira, aí, acabou que era muito complicado tirar do peito. [...]Por que tive que desmamar, porque se eu não desmamasse, elas não iam, não iam, eh, pegar outro tipo de alimentação. **E15**	1. O desmame ocorreu porque a criança estava anêmica por não aceitar outro tipo de alimentação e a mãe não querer introduzir a mamadeira.
Até seis meses porque ela não aceitou mais, que eu tinha pouco leite e chorava mãe e filha né? Aí ela não quis mais, mas até seis meses eu insisti com ela. [...] Natural, ela que não quis mais. Aí ela começou a tomar foi leite, mas mamadeira mesmo ela nunca aceitou, no copinho. **E18**	1. O desmame aconteceu porque a criança recusou o peito por vontade própria. **2.** O desmame aconteceu porque o leite era pouco.

DSC

IC1: O desmame causado pelo retorno ao trabalho

É porque eu comecei a trabalhar fora né, aí tive que desmamar ele. O motivo foi trabalhista e o desmame também porque os horários das mamadas não tava satisfazendo mais por causa do horário e eu ficava ausente de casa, aí não teve como. Da segunda foi porque eu já comecei a trabalhar e ela já mamava pouco mesmo, era de manhã e de noite, por ela mesmo. O primeiro desmamei por causa de trabalho, eh, voltei rápido ao trabalho. Ele que começou a rejeitar. Porque como eu voltei a trabalhar, naquela época eram quatro meses, aí eu voltei, eu tirei férias aí ele mamou cinco meses, aí assim que eu voltei ele começou, ele... ficava longe pra mim ir amamentar na hora do almoço, aí começou a mamar mamadeira, aí ele não quis mais, ele mesmo começou a rejeitar. Cuspia, não queria, e aí tive que parar. O segundo demorou mais porque eu optei por tomar conta da criança, eu optei ser mãe somente, sem trabalhar, então o desmame posterior foi relacionado ao trabalho. (E1, E3, E6, E 13, E14)

IC2: O desmame ocorreu naturalmente, por vontade da criança

Da primeira filha eu achei que tava na hora e por ela mesmo, ela parou, por ela mesmo, da primeira filha não foi eu que tirei não. Aí ela não quis mais, mas até seis meses eu insisti com ela. [...] Natural, ela que não quis mais. Depois ela mesmo, largou por conta própria, né? Que ela achou que não (Risos) tava fazendo muita falta né? Deve ser. (E1, E3, E18)

IC3: O desmame causado pela falta de orientação e preparo da mãe

Foi falta de orientação mesmo na época. Aí introduzindo outros alimentos a criança deixa de mamar, ué. Que ela vai querer aquilo que tá mais fácil, ela não vai ter trabalho nenhum. Aí já entrei com mamadeira e essas coisas assim. aí começou a mamar mamadeira, aí ele não quis mais, ele mesmo começou a rejeitar. Cuspia, não queria, e aí tive que parar. (E11, E13)

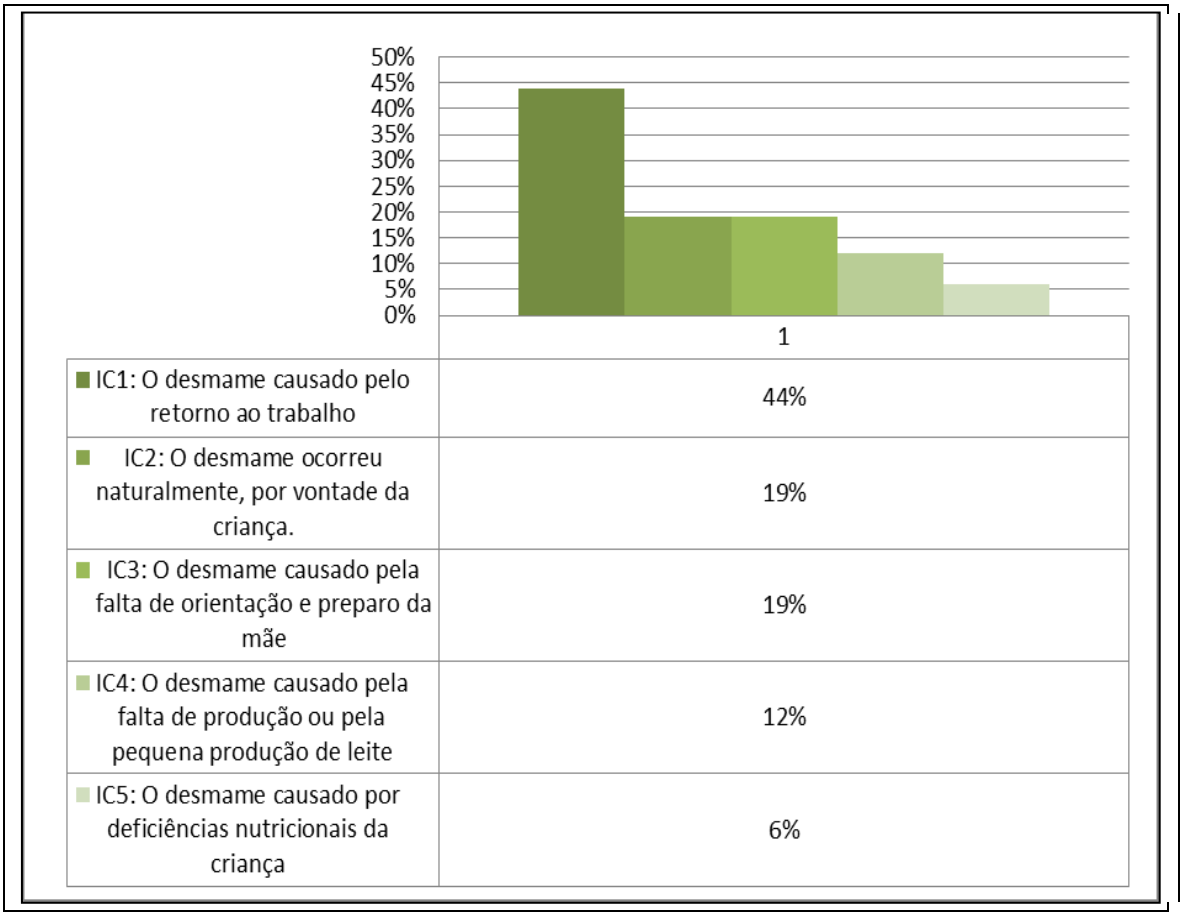
IC4: O desmame causado pela falta de produção ou pela pequena produção de leite

Até seis meses porque ela não aceitou mais, que eu tinha pouco leite e chorava mãe e filha né? Aí ela não quis mais. Porque o leite secou mesmo. Não tinha mais nada. (E8, E18)

IC5: O desmame causado por deficiências nutricionais da criança

Oh, eh... começou a não, a ter anemia, né, que não estava se alimentando direito, porque ficava só querendo mamar no peito, e não queria comer outras coisas. Por que tive que desmamar, porque se eu não desmamasse, elas não iam, não iam, eh, pegar outro tipo de alimentação. (E15)

GRÁFICO 5 - Motivo do desmame dos filhos das profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012.



O desmame é um momento delicado tanto para a mãe quanto para o bebê. A correlação deste com o retorno ao trabalho da mulher é citado por diversos autores, sendo as mulheres trabalhadoras, um grupo de risco para o desmame precoce (BRASILEIRO et al., 2012; BRASILEIRO et al., 2010; MORAIS et al., 2011; SILVA et al., 2009; DEMÉTRIO, PINTO E ASSIS, 2012; CARRASCOZA et al., 2011).

O retorno ao trabalho gera insegurança materna, o que impõe a esta, que haja introdução de outros alimentos precocemente, com vistas ao bem estar da criança quando esta estiver sob os cuidados de outrem. Contudo, sabe-se que apesar do distanciamento entre a mãe e a criança, é possível realizar a ordenha e o armazenamento de leite materno para ser administrado durante o dia, enquanto a mãe estiver ausente. Esta medida visa à manutenção do AM, considerando que a criança mantém a ingestão deste leite tão precioso e benéfico (BRASIL, 2009a).

Brasileiro et al. (2012), ao analisarem os benefícios trabalhistas com a manutenção do AM, identificou que a presença de posto de coleta no local de trabalho, uma iniciativa proposta pela Nota Técnica 01/2010 (BRASIL, 2010c), não possui correlação com a manutenção do AM. Esta prática, segundo os autores, só terá um efeito positivo com a educação da mulher para realizar a ordenha e o armazenamento do leite e sobre os efeitos benéficos da manutenção do aleitamento, além do incentivo para que ela realize esta prática.

Outros fatores são citados pela literatura como determinantes para o desmame precoce como: a falta de incentivo para o AM, seja da rede social da mulher, seja dos profissionais de saúde; não realizar o pré-natal, considerando que este é um excelente momento para a promoção do AM; primiparidade; gravidez gemelar; mãe adolescente; mãe sem companheiro ou com a união instável; experiência anterior negativa para o AM; alto nível socioeconômico; uso de chupeta e mamadeira; trabalho doméstico (com tripla jornada); presença de outros filhos pequenos; cansaço; não desejar amamentar; influência familiar (de avós); falta de apoio do pai; mãe com baixo nível escolar, parto cesáreo; intercorrências mamárias, dentre outros (BRASILEIRO et al., 2012; BRASILEIRO et al., 2010; MORAIS et al., 2011;

SILVA et al., 2009; DEMÉTRIO, PINTO E ASSIS, 2012; CARRASCOZA et al., 2011; VOLPINI E MOURA, 2005; SILVA et al., 2009, SONEGO et al., 2004).

Dentre os discursos dos sujeitos, a ideia central que mais prevaleceu foi o retorno ao trabalho, fato corroborado por diversos autores (BRASILEIRO et al., 2012; BRASILEIRO et al., 2010; MORAIS et al., 2011; SILVA et al., 2009; DEMÉTRIO, PINTO E ASSIS, 2012; CARRASCOZA et al., 2011). Fica, entretanto, uma reflexão: se é possível ordenhar o leite, armazená-lo para que a criança o receba, porque grande parte das mães não o faz? É devido a escassez do tempo no próprio lar que é também solapado por outras atividades? É desconhecimento da técnica, apontando, assim, que o pré natal prioriza o biológico nas consultas e até mesmo nas reuniões grupais quando acontecem? Ou as orientações são verticalizadas e oriundas de um saber técnico, sem a escuta da mulher e desconhecimento de seu mundo?

Outros fatores de desmame precoce se relacionam ao fato da mulher apresentar pouco ou nenhum leite e a rejeição do bebê, motivos também referenciados pelas mães em estudo realizado por Volpini e Moura (2005).

O desmame deve ser um processo comumente compartilhado pela mãe e pelo bebê. Ambos devem decidir quando isto deve ocorrer uma vez fazer parte do processo de crescimento da criança e do amadurecimento da mãe (SONEGO et al., 2004).

Marques, Cotta e Priore (2011), ao avaliarem os mitos e crenças que permeiam o AM, identificaram que a rejeição do bebê é um mito, culturalmente aceito para justificar a introdução precoce de outros alimentos. Afirmam que essa prática poderia ser minimizada se os profissionais de saúde orientassem melhor as mulheres acerca do posicionamento e pega corretos do bebê na mama. O DSC encontrado na IC3: "*O desmame causado pela falta de orientação e preparo da mãe"* confirma essa assertiva.

No que tange à "*IC5: O desmame causado por deficiências nutricionais da criança"* é notório que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses e

complementado até os dois anos. A complementação é importantíssima, pois após os seis meses, o leite materno não consegue suprir todas as necessidades nutricionais da criança. Mas o aleitamento, no momento em que a criança inicia a complementação, não deve substituir as refeições para que não ocorra deficiência nutricional. A orientação incorreta sobre a introdução de outros alimentos pode levar à deficiência nutricional e ao desmame precoce (BRASIL, 2009a).

Mais uma vez é desvelada a importância da educação para a saúde materno infantil, da conscientização materna pautada no diálogo, nas trocas, na horizontalidade do conhecimento, isto é, na interação de saberes científico e de senso comum para que as dúvidas sejam sanadas e o conhecimento se construa em prol da criança e da mãe. A expressão chave de E15 [...] *começou a ter anemia, né, que não estava se alimentando direito, porque ficava só querendo mamar no peito, e não queria comer outras coisas"* faz essa denúncia, mas ao mesmo tempo anuncia para nós profissionais que o cuidar em saúde requisitam mudanças urgentes e qualitativas.

Quadro 6 - A importância do AM na visão dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
O aleitamento materno é... eu tava até conversando com a O..., é a coisa mais linda que tem. Você poder amamentar seu filho poder dar o melhor seu pra ele, imuniza a criança contra todas as doenças que a gente já teve, é barato, não precisa ficar fervendo mamadeira, comprando leite é mais prático, aumenta o vínculo né? Tudo isso que a gente aprende durante a faculdade e durante a vida também como mãe né? Evita alergias, evita tantas coisas, a criança ganha peso, se ela tá doente, o dente tá nascendo, se tá doentinha ela não come mais nada só pega o peito. Então o continuar amamentando mesmo depois que você complementa eu acho importante nesse sentido [...] Eu sempre que eu vejo aqui na puericultura, nas consultas as mães vêm o menino tá doente, tá nascendo dente a única coisa que come é o peito. Quando o neném já é desmamado muito cedo ele acaba que perde peso nesses períodos né? porque geralmente o peito é a única coisa que eles aceitam. Então a importância é essa, importante pro neném, importante pra mãe, ajuda a mãe a perder peso, ajuda o útero voltar ao normal, é... é mais fácil, mais barato, é lindo, é a natureza né? A característica nossa, dos mamíferos que diferem a gente dos outros animais é essa capacidade de amamentar. [...] Então é a essência da nossa espécie é a amamentação. Acho que a mãe que deixa de fazer isso ela tá perdendo tanto! Eu acho que a mãe que amamenta pouco eu acho que ela tem muito remorso, eu acho, depois pro resto da vida. Mas se ela tivesse a consciência né? Porque a gente, no pré-natal a gente fala, nos grupos, mas se ela não tiver aquele desejo lá dentro dela, não adianta a gente falar, a gente expor, mostrar a importância, a mãe tem que querer, mais de 70% eu acho que é o desejo da mãe que faz ela querer amamentar seu filho. **E1**	1. O aleitamento é um ato bonito. 2. O ato de aleitar o filho significa dar o seu melhor para ele. 3. O leite humano é barato, prático, dispensa o uso de mamadeira. 4. Oferece imunidade passiva para a criança, 5. Promove o ganho de peso do bebê 6. Aumenta o vínculo entre mãe e filho. 7. É o único alimento que a criança aceita quando está doente. 8. Ajuda a mãe a retornar com o peso pré-gestacional e facilita o útero a retornar ao tamanho original mais rápido. 9. É uma característica dos seres humanos, fazendo parte natureza humana. 10. A mãe precisa ter consciência sobre o aleitamento, e se não amamenta, perde muita coisa e pode ficar com remorso por toda a vida. 11. O aleitamento materno depende do desejo da mulher em realiza-lo.

Quadro 6 - A importância do AM na visão dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Dois motivos maiores: a relação da mãe com filho de afetividade, de segurança e o ato imunológico mesmo que o leite materno né, compartilha, passa pra criança. **E2**	1. Aumenta o vínculo entre mãe e filho, de afetividade e segurança. 2. Oferece imunidade passiva.
Não assim, é muito importante né?! Principalmente o meu filho mais velho ele nasceu prematuro, e eu acho que o leite materno foi o principal alimento que desenvolveu ele né? Assim tem todos as, os nutrientes necessários pra a criança né?. Principalmente a criança prematura, assim tem muita necessidade de leite materno [...]. Então eu achava, assim, nem, eu já era assim, nem trabalhava na área da saúde, mas eu já sabia a necessidade que tinha né? pra o desenvolvimento da criança, então eu sempre quis dá o melhor pra eles. **E3**	1. Amamentar é importante. 2. É um alimento primordial para o bebê prematuro. 3. Possui todos os nutrientes necessários para o bebê. 4. O leite humano favorece o desenvolvimento do bebê. 5. O ato de aleitar o filho significa dar o seu melhor para ele.
É fundamental né? Aqui a gente é instruída a instruir as gestantes né? nesse processo é fundamental pra saúde e desenvolvimento da criança até os seis meses. **E4**	1. O leite humano favorece o desenvolvimento do bebê. 2. Promove a saúde do bebê.
Olha, assim, igual assim como pessoa, eu vejo assim que é muito importante né? porque a gente vê que traz muito benefício, tanto pra mãe quanto pro filho. E como profissional pra educar mesmo, aí que a gente tem que incentivar mesmo, porque geralmente, ainda mais que as mães que estão vindo agora são tudo adolescentes preocupadas com o corpo e que não tem consciência né? Do que pode tá ajudando e beneficiando a ela mesmo né? Tipo assim, é... questão da saúde do neném, saúde dela mesma que vai beneficiar a questão de voltar o corpo normal mais rápido, essa questão toda. Então é muito importante. **E5**	1. Amamentar é importante. 2. Ajuda a mãe a retornar com o peso pré-gestacional mais rápido. 3. O profissional de saúde deve educar e estimular a mãe a amamentar,principalmente as mães adolescentes que não tem consciência da importância do aleitamento. 4. Promove a saúde do bebê.

Quadro 6 - A importância do AM na visão dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Cria vínculo e não tem nada melhor do que depois que você tem aquela sensação de vazio que fica quando você passa pelo parto, do que você ter a criança nos braços e sentir ela bem pertinho de você. Isso é muito gratificante, você saber que você tá criando ali uma vida através de você. Saiu de dentro de você, mas ainda continua ali dependente, pertinho da gente e uma forma de manter essa proximidade é a amamentação. E saber também que vai evitar doenças, que vai evitar que ele tenha gastroenterite, talvez um processo mal feito durante a preparação da mamadeira. **E6**	1. Aumenta o vínculo entre mãe e filho, de afetividade e segurança, preenchendo o vazio que a mãe sente após o parto. 2. Oferece imunidade passiva.
Primeiro por causa do colostro nessa primeira fase, é os primeiros dias de aleitamento, principalmente o primeiro mês de aleitamento e depois também por causa, além da nutrição que o leite provém pra criança, por causa do contato da mãe com a criança. **E7**	1. O colostro é muito importante na primeira fase de vida do bebê. 2. O leite humano tem todos os nutrientes necessários para o bebê. 3. Aumenta o vínculo entre mãe e filho.
Ah... é importante demais. Eu lembro que meus filhos, quando, o segundo principalmente, que ele nasceu de baixo peso, quando eu dava só leite materno depois que ele veio pra casa ele engordou demais! Deu uma engordada boa, pegou peso bem. Depois que meu leite secou que eu passei a dar NAN pra ele, esses outros leites, ele não tava pegando peso igual ele tava com leite materno. E ele não adoecia tanto, como depois que ele parou de mamar, aí ele dava dor de ouvido direto, adoecia mais, entendeu? Então o leite, ele é tipo uma vacina mesmo, a criança fica imune mesmo, ajuda bastante. **E8**	1. O aleitamento materno promove o maior ganho de peso do neném, quando comparado ao ganho de peso obtido com fórmulas artificiais. 2. Promove a saúde do bebê. **3.** Oferece imunidade passiva.

Quadro 6 - A importância do AM na visão dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Olha o aleitamento materno, ele é muito importante pra criança né? Além de ser também pra mãe, pra manter a relação entre mãe e filho, além de ser o alimento completo, a temperatura correta, ele é um elo de ligação entre mãe e filho em ambos os aspectos, em todos os sentidos da vida. **E9**	1. Aumenta o vínculo entre mãe e filho. 2. Possui todos os nutrientes necessários para o bebê, estando sempre na temperatura correta. 3. Amamentar é importante.
Olha meu bem, pelo que eu venho acompanhando aqui na comunidade, nas casas, nossa é importantíssimo entendeu? [...] É muito importante entendeu? Ensinar a mãe direitinho no início, como depois da, é quando ganha a criança, como que é o primeiro dia, o colostro, depois como é que vai ficando as mamas, entendeu? E como que é o modo certo de colocar a criança, pra mãe amamentar, explicar que ela não tem horário de amamentação e tudo mais. Ter paciência, sempre mudar assim o, as mamas né? [...] mas é muito importantíssimo, porque assim pra mim, ao ver, que eu entendo até os seis meses assim é o básico, é a alimentação da criança e pra isso tudo que acontece muito que eu vejo até assim na minha antiga área, que eu mudei de área, é que tem mães que não tem assim nem a própria alimentação, pra alimentar a outra criança, então se ela não alimenta direito como é que ela vai ter leite pra produzir pra criança? [...] Mas assim igual eu te falei, a alimentação, assim nossa, é nos seis primeiros meses é importantíssima é a saúde da criança mesmo. [...] Mas pode ter certeza eu acho muito importante assim, primordial, é a alimentação pelo menos assim, a gente pede né? No mínimo os seis meses, mas assim se não tiver, se acontecer alguma, muita dificuldade mesmo, aí gente tenta tá orientando de outra forma, mas a prioridade é a alimentação exclusiva do aleitamento materno até os seis meses. **E10**	1. Amamentar é importante. 2. O profissional de saúde deve orientar a mãe sobre o posicionamento da criança durante o aleitamento, a oferta sobre livre demanda, o cuidado com as mamas e a presença de colostro. 3. Para amamentar é necessário que a mãe tenha paciência. 4. É o básico até seis meses. 5. Para a mãe amamentar, é preciso que ela tenha uma boa alimentação.

Quadro 6 - A importância do AM na visão dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Nossa. Fundamental! Pelo menos os primeiros seis meses, hoje eu entendo assim que é de fundamental que seja exclusivo, né, a mãe insistir mesmo, tem que dar o leite mesmo, porque não existe o leite fraco, né? E dói mesmo. [...] Porque ali tá todos os nutrientes que o bebê precisa. Tudo, tudo, tudo. (Pausa) E evita né? alergias né? a criança tá imune né? O primeiro contato tudo assim com a mãe também é muito importante, o contato assim, é uma coisa muito sublime. E passa muito rápido, então o que puder ta aproveitando e deixar o bebê exclusivo no peito é melhor. [...] Porque a produção do leite ela vai acontecendo em maior quantidade de acordo com a sucção da criança, aí quanto mais colocar e ela for sugando mais vai vir leite. Mas as meninas não tá tendo paciência, não. Tão com orientação do pai, dos avós, de vizinhos, pessoas que não tão esclarecidas, aí vai lá compra leite que é mais fácil né? Pode deixar o menino com fome não. Porque as vezes nem sempre associa o chora da criança a fome né? Pode ser outras necessidades que a criança tá tendo, aí a mãe acha que é fome, aí vai né? Vai dando. **E11**	1. Amamentar é importante, fundamental, sublime. 2. Para que o aleitamento seja exclusivo, a mãe deve insistir. 3. Possui todos os nutrientes necessários para o bebê. 4. Para amamentar é necessário que a mãe tenha paciência e atualmente as mulheres não estão com muita paciência. 5. As mulheres seguem muito as orientações dos familiares que sugerem a introdução de alimentação complementar, alegando que a criança não pode ficar com fome.
Fundamental. Essencial. Até pelo fato de ser pediatra né? Então mais ainda. Primordial, geralmente 99,9% dos casos o menino que é amamentado com leite materno o desenvolvimento dele é bem melhor né? **E12**	1. O leite humano favorece o desenvolvimento do bebê.
Ah, a meu ver é primordial, nosso Deus! Evita doença, achega mais a gente, mãe e filho. Pra mim é primordial! Se eu puder eu vou amamentar pelo menos até um ano. **E13**	1. Aumenta o vínculo entre mãe e filho, sendo primordial. 2. Oferece imunidade passiva

Quadro 6 - A importância do AM na visão dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
A importância do aleitamento materno é primeiro que eu vejo assim, o vínculo de mãe com filho, ah... essa segurança de tá amamentando, essa gratificação mesmo de mãe e também pelos valores culturais né? Que a gente vê desde o início que o ser humano é humano na primeira mamada, o primeiro leite e também a nutrição que essa criança precisa né? De energia, de ácidos graxos, de proteínas, e a gente sabe que aquilo ali além de gratuito é muito saudável. Eu as vezes até eu brinco com as gestantes que pra aquecer o leite, precisa de fogo e gás que custa dinheiro, a temperatura da mama ela é ideal pro bebê, ela não queima a boca, ela não... né? Então assim eu vejo essa importância de carinho, de afeto e também nutricional. **E14**	1. Aumenta o vínculo entre mãe e filho, sendo uma forma de gratificação de ser mãe cercada pelos valores culturais. 2. Possui todos os nutrientes necessários para o bebê, sendo gratuito e saudável.
Olha, eh, é um ... forte aliado no convívio da mãe com o filho. Porque o bebê sai da barriga da mãe, porque , ele tá num fase de adaptação e ele tá estranhando todo mundo aqui fora, então ele tem que tá se adaptando ao mundo fora da barriga da mãe, onde ele tinha tudo. E aí, eh, a mãe quando ela tá amamentando, ela tem mais proximidade com seu filho ali,ela, ele sente o carinho da mãe com ele. Porque ele fica muito tempo, ele fica até mais de meia hora mamando, então é muito tempo que ele fica ali no colo. Quando é na mamadeia não. Toma a mamadeira, arrotou, pôs de volta na cama. Então assim, essa convivência com a mãe, é mais frequente quando se mama ao peito mesmo. **E15**	1. Aumenta o vínculo entre mãe e filho. 2. O aleitamento auxilia o bebê a se adaptar à vida extrauterina.

Quadro 6 - A importância do AM na visão dos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Eh, tem grande importância, a pessoa, eh, fazer né , você fala aleitamento materno a pessoa tá fazendo , como chama, eh, um pré-natal correto né? Assim, é muito importante (risos). As pessoas, eh, tem uma oportunidade né de tar, né, a oportunidade assim, é dever né, da pessoa tá fazendo pré-natal corretamente, né? Pra tá evitando certas coisas. Certas doenças, essas coisas, né? Que pode tá acontecendo durante a gravidez, ou depois também depois que o neném nasce, algumas dúvidas, que não são tiradas. É importante. **E16**	1. Amamentar é importante. 2. É uma oportunidade para a mulher realizar um pré-natal corretamente e prevenir danos maiores à criança.
Hum... O contato mãe e filho, as imunidades que a mãe passa pro neném e a questão do leite de vaca que não é o mesmo do leite materno. Então tem toda a medida certa pro neném tá ganhando o leite na medida certa né? Nas proteínas, no sódio, no potássio, tudo que a gente sabe que é bem diferente do leite de vaca, né? Que a gente toma, leite de caixinha. Então eu acho que é uma das principais, e o contato mãe e filho que eu falei já. Acho que essa pra mim é fundamental, os três. **E17**	1. Aumenta o vínculo entre mãe e filho, sendo primordial. 2. Possui todos os nutrientes necessários para o bebê, diferente do leite de vaca. 3. Oferece imunidade passiva
Em tudo né? A mãe e filho, essa aproximação de mãe e filho, defesa, é o melhor leite, é um leite que não dá trabalho, é um leite que a pessoa não precisa de preocupar que ele não vai estragar, é... ajuda também no corpo da mulher, porque rapidão o meu corpo voltou ao normal, mesmo eu amamentando só até seis meses, é na assim, a criança desenvolve mais rápido, e graças a Deus a minha filha é uma menina inteligente, ajuda também em tudo. Acho que assim, é o melhor. **E18**	1. Aumenta o vínculo entre mãe e filho. 2. Ajuda a mãe a retornar com o peso pré-gestacional mais rápido. 3. O leite humano favorece o desenvolvimento do bebê. 4. O ato de aleitar o filho significa dar o seu melhor para ele

DSC

IC1: O aleitamento é um ato bonito, importante, básico, sublime. Primordial para o bebê prematuro e para a criança doente.

Olha, o aleitamento materno, ele é muito importante pra criança né? Além de ser também pra mãe. Olha, assim, igual assim como pessoa, eu vejo assim que é muito importante né? Porque a gente vê que traz muito benefício, tanto pra mãe quanto pro filho. É a coisa mais linda que tem. Primeiro por causa do colostro nessa primeira fase, é os primeiros dias de aleitamento, principalmente o primeiro mês de aleitamento. Não, assim, é muito importante né?! Principalmente o meu filho mais velho ele nasceu prematuro, e eu acho que o leite materno foi o principal alimento que desenvolveu ele né? Mas, é muito importantíssimo, porque assim pra mim, ao ver, que eu entendo até os seis meses assim é o básico. Nossa. Fundamental! Pelo menos os primeiros seis meses, hoje eu entendo assim que é de fundamental que seja exclusivo, O primeiro contato tudo assim com a mãe também é muito importante, o contato assim, é uma coisa muito sublime. Eu sempre que eu vejo aqui na puericultura, nas consultas as mães vêm o menino tá doente, tá nascendo dente a única coisa que come é o peito. Quando o neném já é desmamado muito cedo ele acaba que perde peso nesses períodos né? porque geralmente o peito é a única coisa que eles aceitam. (E1, E3, E5, E7,E9, E10, E11, E16)

IC2: O aleitamento aumenta o vínculo entre mãe e filho, promovendo a adaptação do bebê à vida extrauterina.

A importância do aleitamento materno é primeiro que eu vejo assim, o vínculo de mãe com filho, ah... essa segurança de tá amamentando, essa gratificação mesmo de mãe e também pelos valores culturais né? Aumenta o vínculo né? A relação da mãe com filho de afetividade, de segurança por causa do contato da mãe com a criança. Pra manter a relação entre mãe e filho, achega mais a gente, mãe e filho. Pra mim é primordial! Olha, eh, é um ... forte aliado no convívio da mãe com o filho. Porque o bebê sai da barriga da mãe, porque, ele tá num fase de adaptação e ele tá estranhando todo mundo aqui fora, então ele tem que tá se adaptando ao mundo fora da barriga da mãe, onde ele tinha tudo. E aí, eh, a mãe quando ela tá amamentando, ela tem mais proximidade com seu filho ali, ela, ele sente o carinho

da mãe com ele. A mãe e filho, essa aproximação de mãe e filho. O contato mãe e filho. Acho que essa pra mim é fundamental. Cria vínculo e não tem nada melhor do que depois que você tem aquela sensação de vazio que fica quando você passa pelo parto, do que você ter a criança nos braços e sentir ela bem pertinho de você. Isso é muito gratificante, você saber que você tá criando ali uma vida através de você. Saiu de dentro de você, mas ainda continua ali dependente, pertinho da gente e uma forma de manter essa proximidade é a amamentação. (E1, E2, E6, E7, E13, E14, E15, E17, E18)

IC3: O aleitamento oferece imunidade passiva à criança, assim, a mãe oferece o seu melhor para o seu filho.

Você poder amamentar seu filho poder dar o melhor seu pra ele, imuniza a criança contra todas as doenças que a gente já teve,... Evita alergias, evita tantas coisas. E saber também que vai evitar doenças, que vai evitar que ele tenha gastroenterite, talvez um processo mal feito durante a preparação da mamadeira. Então o leite, ele é tipo uma vacina mesmo, a criança fica imune mesmo. As imunidades que a mãe passa pro neném. Ajuda bastante, o ato imunológico mesmo que o leite materno né, compartilha, passa pra criança. Ah, a meu ver é primordial, nosso Deus! Evita doença. Então eu sempre quis dá o melhor pra eles. Acho que assim, é o melhor. (E1, E2, E3, E6, E8, E13, E17, E18)

IC4: Aleitar auxilia a mãe a retornar ao peso pré-gestacional mais rapidamente.

Então a importância é essa, importante pro neném, importante pra mãe, ajuda a mãe a perder peso, ajuda o útero voltar ao normal. Ajuda também no corpo da mulher, porque rapidão o meu corpo voltou ao normal, mesmo eu amamentando só até seis meses, A questão da saúde do neném, saúde dela mesma que vai beneficiar a questão de voltar o corpo normal mais rápido, essa questão toda. Então é muito importante. (E1, E5, E18)

IC5: O leite humano possui todos os nutrientes necessários para o bebê, na concentração e temperatura exata, diferente do leite de vaca. É gratuito, prático e saudável.

É a nutrição que essa criança precisa né? De energia, de ácidos graxos, de proteínas, e a gente sabe que aquilo ali além de gratuito é muito saudável. Porque ali tá todos os nutrientes que o bebê precisa. Tudo, tudo, tudo. É barato, não precisa ficar fervendo mamadeira, comprando leite é mais prático. A questão do leite de vaca que não é o mesmo do leite materno. Então tem toda a medida certa pro neném tá ganhando o leite na medida certa, né? Nas proteínas, no sódio, no potássio, tudo que a gente sabe que é bem diferente do leite de vaca, né? Assim, tem todos as, os nutrientes necessários pra a criança né? Além da nutrição que o leite provém pra criança, além de ser o alimento completo, a temperatura correta, ele é um elo de ligação entre mãe e filho em ambos os aspectos, em todos os sentidos da vida. (E1, E3, E7, E9, E11, E14, E17)

IC6: O aleitamento materno favorece o desenvolvimento do bebê, promove a saúde e o ganho de peso adequado.

Primordial, geralmente 99,9% dos casos o menino que é amamentado com leite materno o desenvolvimento dele é bem melhor né? É fundamental pra saúde e desenvolvimento da criança até os seis meses. Quando eu dava só leite materno depois que ele veio pra casa ele engordou demais! Deu uma engordada boa, pegou peso bem. Depois que meu leite secou que eu passei a dar NAN pra ele, esses outros leites, ele não tava pegando peso igual ele tava com leite materno. Eu já sabia a necessidade que tinha né? Pra o desenvolvimento da criança, questão da saúde do neném, a criança desenvolve mais rápido, e graças a Deus a minha filha é uma menina inteligente, ajuda também em tudo. (E3, E4, E5, E8, E12, E18)

IC7: O aleitamento materno exige da mãe consciência, paciência, insistência, ter uma boa alimentação e desejo para amamentar.

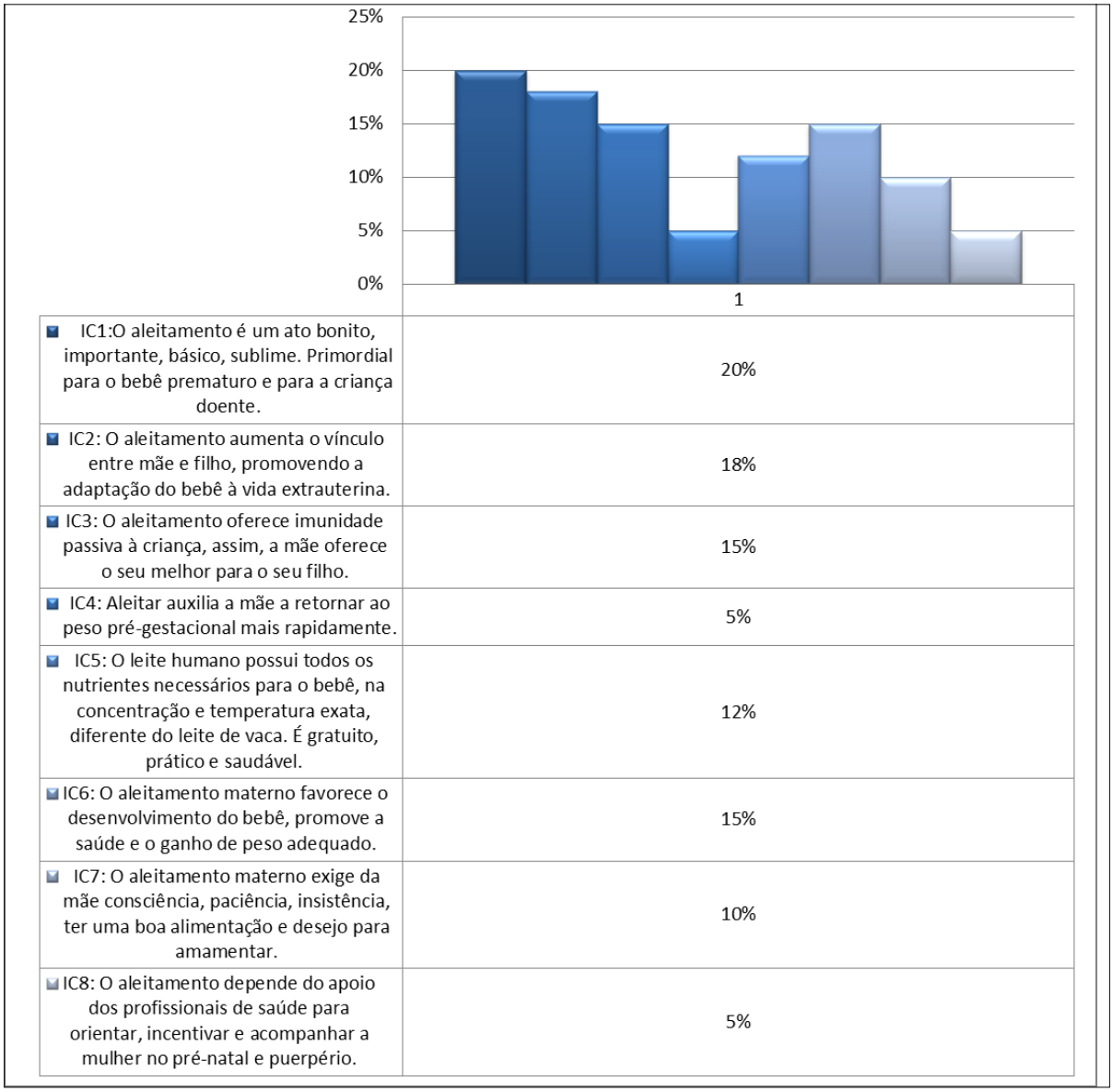
Hoje eu entendo assim que é de fundamental que seja exclusivo, né, a mãe insistir mesmo, tem que dar o leite mesmo, porque não existe o leite fraco, né? É que tem mães que não tem assim nem a própria alimentação, pra alimentar a outra criança, então se ela não alimenta direito como é que ela vai ter leite pra produzir pra

criança? Ter paciência, sempre mudar assim o, as mamas né? Mas as meninas não tá tendo paciência, não. A mãe tem que querer, mais de 70% eu acho que é o desejo da mãe que faz ela querer amamentar seu filho. Acho que a mãe que deixa de fazer isso ela tá perdendo tanto! Eu acho que a mãe que amamenta pouco eu acho que ela tem muito remorso, eu acho, depois pro resto da vida. Mas se ela tivesse a consciência né? (E1, E10, E11)

IC8: O aleitamento depende do apoio dos profissionais de saúde para orientar, incentivar e acompanhar a mulher no pré-natal e puerpério.

É muito importante entendeu? Ensinar a mãe direitinho no início, como depois da, é... quando ganha a criança, como que é o primeiro dia, o colostro, depois como é que vai ficando as mamas, entendeu? E como que é o modo certo de colocar a criança, pra mãe amamentar, explicar que ela não tem horário de amamentação e tudo mais. E como profissional pra educar mesmo, aí que a gente tem que incentivar mesmo, porque geralmente, ainda mais que as mães que estão vindo agora são tudo adolescentes preocupadas com o corpo e que não tem consciência né? Tão com orientação do pai, dos avós, de vizinhos, pessoas que não tão esclarecidas, aí vai lá compra leite que é mais fácil né? Pode deixar o menino com fome não. (E5, E10, E11)

Gráfico 6 - A importância do AM, a partir da visão dos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012.


25%
20%
15%
10%
5%
0%
1
IC1:O aleitamento é um ato bonito, importante, básico, sublime. Primordial para o bebê prematuro e para a criança doente. 20%
IC2: O aleitamento aumenta o vínculo entre mãe e filho, promovendo a adaptação do bebê à vida extrauterina. 18%
IC3: O aleitamento oferece imunidade passiva à criança, assim, a mãe oferece o seu melhor para o seu filho. 15%
IC4: Aleitar auxilia a mãe a retornar ao peso pré-gestacional mais rapidamente. 5%
IC5: O leite humano possui todos os nutrientes necessários para o bebê, na concentração e temperatura exata, diferente do leite de vaca. É gratuito, prático e saudável. 12%
IC6: O aleitamento materno favorece o desenvolvimento do bebê, promove a saúde e o ganho de peso adequado. 15%
IC7: O aleitamento materno exige da mãe consciência, paciência, insistência, ter uma boa alimentação e desejo para amamentar. 10%
IC8: O aleitamento depende do apoio dos profissionais de saúde para orientar, incentivar e acompanhar a mulher no pré-natal e puerpério. 5%

O AM é uma prática que envolve a cultura da mulher, suas crenças e mitos. Dentre vários mitos e crenças de origem fisiológica que transpassam o AM, existem alguns mitos e crenças de origem afetiva que interferem nesta prática. Duas grandes crenças que podemos citar são: a crença que o aleitamento é uma expressão de amor materno e a crença de que a amamentação é um dever materno.

Crer que o AM é uma expressão do amor materno fundamenta-se no vínculo afetivo estreitado e criado pelo aleitamento. Este vínculo é citado por diversos

autores (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011a; MARQUES, COTTA E PRIORE, 2011; CAMINHA et al., 2010) entre outros. Esta crença é culturalmente aceitável e difundida e considerada e preservada pelas mulheres e pela comunidade, de forma geral. O contato físico constante com o bebê realça o sentimento de ser mãe e é avaliado como prazeroso pela mulher. Esta crença tão arraigada na cultura faz com que a mulher que não deseja, não consegue ou não pode amamentar, seja considerada como uma pessoa ruim, *"desnaturada".* Isto gera um sentimento de culpa e inferioridade na mulher (MARQUES, COTTA E PRIORE, 2011). É esta culpabilidade que o profissional de saúde deve combater. Todos os seres humanos possuem limitações e quando esta limitação é referente ao AM, a mulher não pode e não deve ser avaliada como ruim, desajuizada, imatura, ou qualquer outro adjetivo pejorativo. Não cabe à sociedade ou à equipe de saúde o julgamento da mulher que não amamenta; cabe apoio e orientação.

Outra crença ligada à afetividade é a de que a amamentação é um dever materno. As orientações do Ministério da Saúde são de que o aleitamento é um direito da mãe e da criança (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011a). Portanto, amamentar não é um ato obrigatório. E aceitar e respeitar a decisão da mulher em não amamentar, é uma limitação frequente entre os profissionais de saúde, conforme afirmam Galvão (2011) e Morais et al. (2011). A perpetuação de que o AM é um dever, é culturalmente repassado de geração em geração, fazendo com que a nutriz se sinta pressionada a realizar o AM. Diante desse cenário impositivo, a amamentação pode perder o seu caráter prazeroso, e se tornar um fator de risco para o desmame precoce (MARQUES, COTTA E PRIORE, 2011).

A proteção imunológica conferida pelo AM é referendada por diversos autores, (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011a; CAMINHA et al., 2010; FONSECA-MACHADO et al., 2012, DEMÉTRIO, PINTO E ASSIS, 2012) entre outros, conforme já explanado anteriormente. Este grande benefício oferecido pelo leite materno ainda não foi reproduzido (e esperamos que não seja) em laboratório para a complementação dos leites artificiais.

O leite humano é adaptável às necessidades da criança. O leite de uma mãe que teve o bebê prematuramente é ideal para o seu filho, uma vez que o leite

amadurece de acordo com o crescimento e de acordo com as necessidades do bebê. Portanto, há diferenças do leite materno de acordo com as fases da vida do bebê (prematuro ou a termo), de acordo com o horário do dia em que o bebê mama e de acordo com o tempo da mamada (início e final da mamada), conforme Moura (2010). Pode-se, assim dizer, que o leite humano é realmente o ideal para a criança, atende suas necessidades nutricionais específicas, afirmativa esta autenticada com o entendimento social da *"IC5: O leite humano possui todos os nutrientes necessários para o bebê, na concentração e temperatura exata, diferente do leite de vaca. . É gratuito, prático e saudável".*

Estudos comprovam que o AM tem um efeito positivo sobre o desenvolvimento cognitivo e sobre a inteligência do ser humano. Esta evidência pode estar ligada às substâncias presentes no leite humano ou ao ato de amamentar, através do desenvolvimento psicoafetivo (CAMINHA et al., 2010; BRASIL, 2009a). Apesar de ainda não ser possível atestar a causa do melhor desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças aleitadas, uma vez termos somente as evidências, podemos inferir ser isso o suficiente para propagação da importância do AM.

Quadro 7 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar.

Expressão Chave	Ideia Central
A situação familiar seja ela financeira né, social é? É tem muitas mães que querem amamentar, mas aí como eu falei tem que voltar pro trabalho muito rápido, às vezes tem até que trabalhar, nem tira aquela licença, muitas né? [...] Por mais que a mãe tem o desejo também vai atrapalhar a questão financeira e social. E se essa mãe também não for apoiada em casa, não tanto pelo financeiro, as vezes né, o próprio estresse do pós parto não é fácil. Se ela for mãe de primeiro filho, tem tabus, tem coisas que ela não conhece ainda que é própria do puerpério, cuidar de um filho né? Essa própria consciência ali da maternidade, então se ela não tiver o apoio as vezes do companheiro, da mãe, de alguém da família, da própria equipe de saúde, acaba que dificulta mesmo, concordo com isso. Tem que ter o desejo mas tem que ter esse apoio, além da orientação, não adianta só orientar se não tiver apoio, né? que cada um tem um emocional, cada pessoa lida com a maternidade de uma forma né? tem mães que surtam né, após a maternidade. Depressão, então não é fácil, não é um momento fácil e tem que ser apoiado né, em todos os sentidos, pela equipe, pela família, então tem que ter esse apoio. Eu percebo isso, é importante o desejo, se a mãe não tiver o desejo essa amamentação não acontece de um forma efetiva, mas também tem que ter o apoio. Acho que tem que ter os dois lados: o desejo e a orientação. **E1**	1. Apesar de desejar amamentar, a dificuldade financeira faz com que a mulher retorne ao trabalho precocemente, inviabilizando a manutenção do aleitamento. 2. A mulher deve ser apoiada pelos familiares para manter o aleitamento. 3. A mulher deve ser orientada sobre o aleitamento. 4. A mulher deve ter o desejo para amamentar. 5. O estresse pós-parto, os cuidados com a criança, a depressão pós-parto e a insegurança materna, podem influenciar no aleitamento.
Eu, pelo que eu vejo aqui, a relação do desejo existe, mesmo com vários filhos, muita distração. A dificuldade é com relação trabalhista é largar a criança pra trabalhar, em casa a gente tem uma aceitação quanto ao aleitamento. **E2**	1. A mulher deve ter o desejo para amamentar. 2. A mulher que não atua no mercado de trabalho tem uma aceitação maior do aleitamento. **3.** O retorno ao trabalho dificulta o aleitamento.

Quadro 7 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar.

Expressão Chave	Ideia Central
Oh, tem mulher que tem desejo de amamentar, o cê também deve saber que tem outras que não tem né? Tem outras que, que acha que amamentar não é a principal coisa, que não faz falta e a família também não ajuda. Infelizmente a realidade é essa. Principalmente as mamães de antigamente né? Falava que peito não sustenta, que a criança passa fome. Eu acho que a mãe em si, ela tem que assim ter certeza do que ela tá fazendo que é amamentar o filho né? Mesmo se a familiar for contra, que tem muita familiar que é contra cê deve saber mesmo que é. Mas aí a mãe mesmo é que tem que dar menos ouvidos no que a família fala principalmente as vovós né? Que fala, e amamentar o filho que é muito importante a amamentação do filho. **E3**	1. A mulher deve ter o desejo para amamentar. 2. A mulher deve ser apoiada pelos familiares para manter o aleitamento. 3. A influência negativa dos familiares interfere no aleitamento. 4. A mulher deve selecionar as orientações dos familiares para que mantenha o aleitamento.
Aqui no município, assim nas casas que a gente visita depende muito da situação, algumas umas tem vontade, outras falam que não, que o peito vai cair, ou que não vai dar certo, que a criança vai ficar presa demais, que tem que voltar a trabalhar. Na maioria as que gostam, que tem interesse são mulheres que ficam em casa, que tem disponibilidade pra ficar com a criança. Tirando isso, do contrário algumas tem um pouco de resistência, já dá no primeiro, dois meses já tira. Quem tem mais assim disponibilidade mesmo, mais vontade de ficar é quem tem mais tempo disponível. **E4**	1. A mulher deve ter o desejo para amamentar. 2. A mulher que não atua no mercado de trabalho tem uma aceitação maior do aleitamento. **3.** Algumas mulheres acreditam que o aleitamento faz com que ocorra flacidez mamária, que não sustenta a criança, que a criança fica muito presa à mãe e que dificulta o retorno ao trabalho.

Quadro 7- A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar.

Expressão Chave	Ideia Central
Isso vai muito da mulher que planeja ter um filho. Aquela que planeja ter um filho, tem uma estrutura, cê percebe que ela tem a vontade melhor, assim a preparação melhor pra amamentar, ela quer saber "como é que vai fazer pra amamentar?; O que que vai acontecer?; Como é que eu vou saber quando o meu filho tá com fome?" Do que aquela que vem com uma gravidez indesejada, aquela gravidez que não tá esperando, então assim ela não vai ligar muito pra questão da amamentação, o leite é mais fácil, a mamadeira do que ter que tirar o peito, amamentar aquela questão toda. Eu acho que é isso. **E5**	1. Quando a mulher deseja ter o filho, ela aceita melhor o aleitamento, comparando àquela que teve uma gravidez indesejada.
Ah, é importante. Porque quando o vínculo dentro de casa, mulher, marido, filhos, está assim abalado, a mulher fica mais deprimida e ela tem uma dificuldade pra amamentar. Então o ambiente familiar ajuda, influencia numa boa amamentação, porque tem que ter um apoio, tem que ter aquele momento que cê vai parar tudo porque o seu filho precisa de você. Então se o ambiente familiar não tiver favorável, cria uma certa dificuldade. **E6**	1. Quando os vínculos familiares estão abalados, dificulta o aleitamento. 2. A mulher deve ser apoiada pelos familiares para manter o aleitamento.
Aqui em Neves, aqui em Neves eu não vejo nenhum.. eh, pelo menos eu não vejo nada que a família se oponha. Eu acho que eles gostam sim de amamentar. Quanto mais tempo puder amamentar na verdade antes de dar papinha, antes de introduzir outros alimentos, é também até é uma economia pros pais, então eu acho que eles não se opõem a amamentar. **E7**	1. As mulheres gostam de amamentar. 2. Amamentar é uma forma de economizar.

Quadro 7 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar.

Expressão Chave	Ideia Central
A família sempre apoia, só que, eu acho que hoje as mulheres não tão tendo paciência de amamentar, e não tem paciência mesmo, e prefere o mais rápido que é ir lá e fazer uma mamadeira e o menino ficar calado. Porque amamentar tem que ter muita paciência, porque cê senta e cê tem que esperar seu neném, o tanto que ele quiser mamar ele vai mamando. E eu vejo assim, o pessoal apoia, vê assim, quando tem um grávida na família, quando ganha, primeira coisa quer que o neném, quer que a mãe dê o leite materno, só que as mulheres não tão tendo muita paciência pra isso não. Acho que a correria do dia a dia hoje tá demais e ninguém tá tendo muita paciência não. O que eu vejo é isso, mais falta de paciência mesmo, sabe? Eles preferem fazer a mamadeira que é mais rápido, enche o neném rápido, né? **E8**	1. A família apoia o aleitamento. O que interfere é que as mulheres não tem paciência para amamentar. 2. Para amamentar é preciso ter paciência.
[...] Tentar motivá-las ao máximo pra que elas consigam amamentar seus filhos pelo menos até o sexto mês. E a questão do trabalho, do tempo é um fator dificultador, elas sempre queixam pra gente. [...] Às vezes as mães, normalmente os avós, eles dão muita opinião. Uns apoiam outros falam que o leite não sustenta, que tem que acrescentar outros alimentos. Eu já tive crianças com menos de quatro meses já com a mãe iniciando papinha. Então assim, tá conversando mesmo, e vendo qual, o que é que tá acontecendo pra gente poder tá intervindo. Mas a família ela tem uma influência muito forte sim. **E9**	1. A mulher precisa ser motivada para amamentar. 2. A família exerce influência para a manutenção ou para a suspensão do aleitamento. 3. A mulher deve ser apoiada pelos familiares para manter o aleitamento. 4. O retorno ao trabalho dificulta o aleitamento.

Quadro 7 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar.

Expressão Chave	Ideia Central
Olha meu bem, é porque na maioria das vezes quando eu chego assim, pelo menos nas casas, eu vejo assim, que elas, que eu converso e tudo elas falam que só assim, amamentam sim, aquele desejo mesmo, assim não reclamam não, igual eu te falei só assim essa mais jovem que fica com medo e tudo, mas a maioria amamenta. Que eu te falo: às vezes uma dificuldade ou outra, não tem leite, ou, é mais por conta da condição financeira de talvez não tá se alimentando bem pra produzir o leite para o filho. Mas assim, todas que eu vejo, assim pelo menos 90% amamentam direitinho a criança, na hora mesmo, toda hora que ela pede, entendeu? É raro ver, só quando tem algum problema nas mamas, mas mesmo assim vem cá é orientada direitinho, ela tá tentando continuar a amamentação. **E10**	1. A mulher deve ter o desejo para amamentar. 2. A condição financeira precária, a alimentação ruim da mãe e a falta de produção de leite interferem no aleitamento.
Ah tá. A mãe quando ela quer amamentar é transparente. Entendeu é transparente, assim como eu acho que fui, entendeu? "Não eu vou amamentar e vou insistir, vai, vou deixar chorar um pouquinho, vai doer em mim ver meu bebê chorar" porque né? Meu bebezinho ali chorar e tudo mas eu vou insistir, porque vai chegar uma hora que ele vai pegar ué. Aí a gente vê a insistência né? O amor também. Agora quando tem uma interferência da família a gente percebe também, aí eles vem até acompanhando a pessoa na unidade, vai pra sala de vacina junto, e fica "não! Não pode deixar chorar não, que fica com dó e tudo" e já quer isso mesmo, orientar, vai comprar leite e tal. [...] Aí uma vez que deu o leite e o bebê parou de chorar eles acham que resolveu o problema, mas na verdade pode ser o início de um problema. Porque um bebezinho né? não tem essa imunidade ainda, então precisa do leite materno mesmo. Ali tem tudo, tem água, tem tudo né? tudo que o bebê precisa tá ali. Aí a gente vê isso né? essa diferença por aí. **E11**	1. Quando a mulher quer amamentar é transparente. 2. É perceptível quando a família interfere no aleitamento. 3. Introduzir o complemento pode ser o início de outro problema.

Quadro 7 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar.

Expressão Chave	Ideia Central
Zero. Aqui os maridos são completamente ausentes. Você pode contar nos dedos assim, os que vem no pré-natal, que vem com o menino nenhum. Eu tô aqui nesse posto especificamente, tem uns cinco pra seis anos, acho que eu não vi nenhuma vez um pai vim depois que nasce. No pré-natal um ou outro gato pingado ainda vem, depois que o menino tá fazendo puericultura não vem mesmo. Então não é... acho que é mais a mãe mesmo que mata no peito porque os pais em geral não dão muita... E alguns que nem... é pai ausente, pai desconhecido, se a gente tá falando mais de casal mesmo, mas mesmo assim apoio mínimo. **E12**	1. Os maridos/companheiros não apoiam as mulheres nos cuidados com a criança e no aleitamento.
Ah, eu acho que tem algumas que tem o desejo, mas a família também não coopera muito, o ambiente às vezes familiar não coopera, a informação, é aonde vai a informação também. Muitas das vezes ela... nos primeiros dias é difícil, né? E em alguns casos ela não tem o apoio familiar necessário pra dar continuidade aquilo. Tem umas que até tem o desejo, mas não tem o apoio necessário, as vezes nem, nem sei se é só da família, mas não tem o apoio necessário pra conseguir amamentar. **E13**	1. A mulher deve ter apoio social para amamentar. 2. A mulher deve ser apoiada pelos familiares para manter o aleitamento. 3. Mesmo tendo o desejo de amamentar, a falta de apoio interfere no aleitamento.

Quadro 7 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar.

Expressão Chave	Ideia Central
Então eu vou falar primeiro como mãe. Foi muito difícil assimilar essa questão do aleitamento exclusivo até assim os quatro meses de gravidez, eu não conseguia me ver né? Que eu mulher era importante, daria conta de sustentar um neném só no peito. [...] Agora como enfermeira aqui no PSF a gente percebe uma dificuldade grande de adesão, eh... primeiro pela parte estética [...] Então assim, a mulher hoje ela tá muito preocupada com a mídia do que com a satisfação, a nutrição, a idealização de ser mãe. Né? [...] a gente precisa de muitas reuniões, muito debate, pra que isso consiga, né, assim firmar realmente que o aleitamento materno é importante, é eficaz e a gente dá conta. [...] É a família aqui apoia desde que eu percebo quando não tem muito vínculo de vós, paternas ou maternas ou madrastas próximo, é quando a mãe é mais sozinha, ela se vira sozinha, isso é mais fácil. Por quê? Quando tem a avó próximo, ela dá o leite de vaca precoce, ela dá o caldo de feijão, ela dá o que tem, que ela acha que os filhos dela foi criado, ela não vê importância no leite materno, essa adesão dos avós, as pessoas mais assim, que não tem conhecimento participativo desse, desse leite materno é mais difícil de adesão. Agora quando a mulher é mais jovem, casada, morando só ela e o marido, tem mais apoio. **E14**	1. A mulher tem dificuldade de aceitar que o aleitamento exclusivo sustenta o bebê. 2. A mulher não amamenta por ter medo de sofrer alteração estética. 3. Há um sucesso maior na manutenção do aleitamento quando a mulher não sofre influência familiar sobre crenças e mitos tradicionais. 4. Quando a mulher mora sozinha com o marido, este oferece mais apoio a ela para manter o aleitamento.
Então são poucas que tem a alternativa de continuarem amamentando, por causa que essa região nossa é uma região muito pobre, e a maioria das pessoas que trabalham aqui, que trabalham, trabalham em belo horizonte aí pegam dois ônibus, saem de casa de madrugada, chegam tarde da noite, então se bobear, sai deixa o filho dormindo e volta e acha ele dormindo. Ai é bem complicado... **E15**	1. Trabalhar longe de casa dificulta o aleitamento materno. 2. A dificuldade financeira faz com que a mulher trabalhe fora, dificultando o aleitamento. **3.** Para continuar amamentando, a mulher não deve trabalhar.

Quadro 7 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar da mulher e sua situação familiar.

Expressão Chave	Ideia Central
[...] Em relação a família, creio que nem seja assim, nem sempre elas tem muito apoio também não. A maioria tem que trabalhar, a família não tá nem aí, é muito raro cê vê uma mãe que vem aqui que amamenta o filho pelo menos até 6 meses. É muito raro. Aqui no posto acontece isso. Algumas trabalham, outras eh reclamam, ah os meus seios né, tá ferido cê tem que ir lá ficar falando com elas pra tomar banho de sol. Ficar explicando pra elas e nem todas querem. Elas são muito jovens também. As meninas que amamentam que são muito jovens. Muito novinha pra ser mãe. **E16**	1. A família não apoia o aleitamento. 2. A mulher que trabalha tem dificuldade de manter o aleitamento. 3. Mulheres muito jovens tem dificuldade de aceitar o aleitamento.
Eu acho que é bem positivo todo mundo incentiva a amamentação hoje em dia. É bem falado, é bem divulgado, a mãe fica até triste quando não pode ou porque acontece alguma mastite né? Alguma coisa assim em relação a mama que não pode dar leite, ou as vezes ela fala que não tem, é porque as vezes nem estimulou né, a mama, e é bem positivo, eu acho. **E17**	1. Todos incentivam e divulgam o aleitamento. 2. A mulher fica triste quando não pode amamentar.
Assim, eh, olhando pro lado, assim ela tem um desejo muito grande de amamentar, mas olhando pro outro lado que é a questão financeira, isso aí tá sendo o obstáculo. Mas até o, três meses e meio mais ou menos, a maioria dos nossos nenéns é amamentação, é leite materno exclusivo. Mas a maioria depois dos quatro meses complementa com mamadeira. Porque não tem essas condições, e quando eu explico pra elas as vantagens que oferece pras mães e pros nenéns, elas assim, elas ficam muito entusiasmadas, mas não tem essas condições. Muita até propõe tirar o leite, mas depois elas fala que chega tão cansada que não consegue. A vontade delas é muito grande, mas infelizmente... **E18**	1. Apesar de desejar amamentar, a dificuldade financeira faz com que a mulher retorne ao trabalho precocemente, inviabilizando a manutenção do aleitamento. 2. Para manter o aleitamento por seis meses, a mulher precisa ter uma condição financeira melhor.

DSC

IC1: A dificuldade financeira e o retorno ao trabalho dificultam o aleitamento apesar deste ser uma forma de economizar

Assim, eh, olhando pro lado, assim, ela tem um desejo muito grande de amamentar, mas olhando pro outro lado que é a questão financeira, isso aí tá sendo o obstáculo. Que eu te falo: às vezes uma dificuldade ou outra, não tem leite, ou, é mais por conta da condição financeira de talvez não tá se alimentando bem pra produzir o leite para o filho. Então são poucas que tem a alternativa de continuarem amamentando, por causa que essa região nossa é uma região muito pobre, e a maioria das pessoas que trabalham aqui, que trabalham, trabalham em belo horizonte aí pegam dois ônibus, saem de casa de madrugada, chegam tarde da noite, então se bobear, sai deixa o filho dormindo e volta e acha ele dormindo. Ai é bem complicado... É tem muitas mães que querem amamentar, mas aí como eu falei tem que voltar pro trabalho muito rápido, às vezes tem até que trabalhar, nem tira aquela licença, muitas né? A maioria tem que trabalhar, a família não tá nem aí, é muito raro cê vê uma mãe que vem aqui que amamenta o filho pelo menos até 6 meses. É muito raro. Aqui no posto acontece isso. E a questão do trabalho, do tempo, é um fator dificultador, elas sempre queixam pra gente. A dificuldade é com relação trabalhista é largar a criança pra trabalhar. Mas é também até é uma economia pros pais, então eu acho que eles não se opõem a amamentar. (E1, E2, E7, E9, E10, E15, E16, E18)

IC 2: Para amamentar a mulher deve ter o desejo, deve ser motivada, deve ter paciência e deve desejar a gravidez.

Oh, tem mulher que tem desejo de amamentar, e você também deve saber que tem outras que não tem né? Depende muito da situação; algumas, umas tem vontade, outras falam que não. Isso vai muito da mulher que planeja ter um filho. Aquela que planeja ter um filho, tem uma estrutura, cê percebe que ela tem a vontade melhor, assim a preparação melhor pra amamentar. Do que aquela que vem com uma gravidez indesejada, aquela gravidez que não tá esperando, então assim ela não vai ligar muito pra questão da amamentação, o leite é mais fácil, a mamadeira do que ter que tirar o peito, amamentar aquela questão toda. A relação do desejo existe, mesmo com vários filhos, muita distração. Eu acho que eles gostam sim de

amamentar. A mãe fica até triste quando não pode ou porque acontece alguma mastite né? A mãe quando ela quer amamentar é transparente. Elas falam que só assim, amamentam sim, aquele desejo mesmo, assim não reclamam não. Eu percebo isso, é importante o desejo, se a mãe não tiver o desejo essa amamentação não acontece de um forma efetiva, mas também tem que ter o apoio. Acho que tem que ter os dois lados: o desejo e a orientação. Tentar motivá-las ao máximo pra que elas consigam amamentar seus filhos pelo menos até o sexto mês. A família sempre apoia, só que, eu acho que hoje as mulheres não tão tendo paciência de amamentar, e não tem paciência mesmo, e prefere o mais rápido que é ir lá e fazer uma mamadeira e o menino ficar calado. Porque amamentar tem que ter muita paciência, porque cê senta e cê tem que esperar seu neném, o tanto que ele quiser mamar ele vai mamando. Acho que a correria do dia a dia hoje tá demais e ninguém tá tendo muita paciência não. Por mais que a mãe tem o desejo também vai atrapalhar a questão financeira e social. (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11 E17)

IC3: A mulher deve ter apoio familiar e social para manter o aleitamento.

E se essa mãe também não for apoiada em casa, não tanto pelo financeiro, às vezes né, o próprio estresse do pós-parto não é fácil. Se ela for mãe de primeiro filho, tem tabus, tem coisas que ela não conhece ainda que é própria, do puerpério, cuidar de um filho né? Tem que ter o desejo, mas tem que ter esse apoio, além da orientação, não adianta só orientar se não tiver apoio, né? Tem umas que até tem o desejo, mas não tem o apoio necessário, às vezes nem, nem sei se é só da família, mas não tem o apoio necessário pra conseguir amamentar. Que cada um tem um emocional, cada pessoa lida com a maternidade de uma forma né? Tem mães que surtam né, após a maternidade. Tem outras que, que acha que amamentar não é a principal coisa, que não faz falta e a família também não ajuda. Mas a família, ela tem uma influência muito forte sim. Então o ambiente familiar ajuda, influencia numa boa amamentação, porque tem que ter um apoio, tem que ter aquele momento que cê vai parar tudo porque o seu filho precisa de você. Agora, quando a mulher é mais jovem, casada, morando só ela e o marido, tem mais apoio. Eu acho que é bem positivo todo mundo incentiva a amamentação hoje em dia. É bem

falado, é bem divulgado. O aleitamento materno é importante, é eficaz e a gente dá conta. (E1, E3, E6, E7, E8, E9, E11, E13, E14, E17)

IC4: A falta de apoio familiar ou interferência negativa de crenças tradicionais interferem no aleitamento.

É... a família aqui apoia desde que eu percebo quando não tem muito vínculo de vós, paternas ou maternas ou madrastas próximo, é quando a mãe é mais sozinha, ela se vira sozinha, isso é mais fácil. Por quê? Quando tem a avó próximo, ela dá o leite de vaca precoce, ela dá o caldo de feijão, ela dá o que tem, que ela acha que os filhos dela foi criado, ela não vê importância no leite materno, essa adesão dos avós, as pessoas mais assim, que não tem conhecimento participativo desse, desse leite materno é mais difícil de adesão. Às vezes as mães, normalmente os avós, eles dão muita opinião. Uns apoiam outros falam que o leite não sustenta, que tem que acrescentar outros alimentos. Porque quando o vínculo dentro de casa, mulher, marido, filhos, está assim abalado, a mulher fica mais deprimida e ela tem uma dificuldade pra amamentar. Então se o ambiente familiar não tiver favorável, cria uma certa dificuldade. Ah, eu acho que tem algumas que tem o desejo, mas a família também não coopera muito, o ambiente às vezes familiar não coopera, a informação, é aonde vai a informação também. Principalmente as mamães de antigamente né? Falava que peito não sustenta, que a criança passa fome. Eu acho que a mãe em si, ela tem que assim ter certeza do que ela tá fazendo que é amamentar o filho né? Mesmo se a familiar for contra, que tem muita familiar que é contra cê deve saber mesmo que é. Mas aí a mãe mesmo é que tem que dar menos ouvidos no que a família fala principalmente as vovós né? Aí uma vez que deu o leite e o bebê parou de chorar eles acham que resolveu o problema, mas na verdade pode ser o início de um problema. Porque um bebezinho né? Não tem essa imunidade ainda, então precisa do leite materno mesmo. Ali tem tudo, tem água, tem tudo né? Tudo que o bebê precisa tá ali. Agora quando tem uma interferência da família a gente percebe também. Zero. Aqui os maridos são completamente ausentes. Você pode contar nos dedos assim, os que vem no pré-natal, que vem com o menino nenhum. ... acho que é mais a mãe mesmo que mata no peito porque os pais em geral não dão muita... E alguns que nem... é pai ausente, pai desconhecido, se a gente tá falando mais de casal mesmo, mas

mesmo assim apoio mínimo. Em relação a família, creio que nem seja assim, nem sempre elas tem muito apoio também não. (E1, E3, E6, E9, E11, E12, E14, E16)

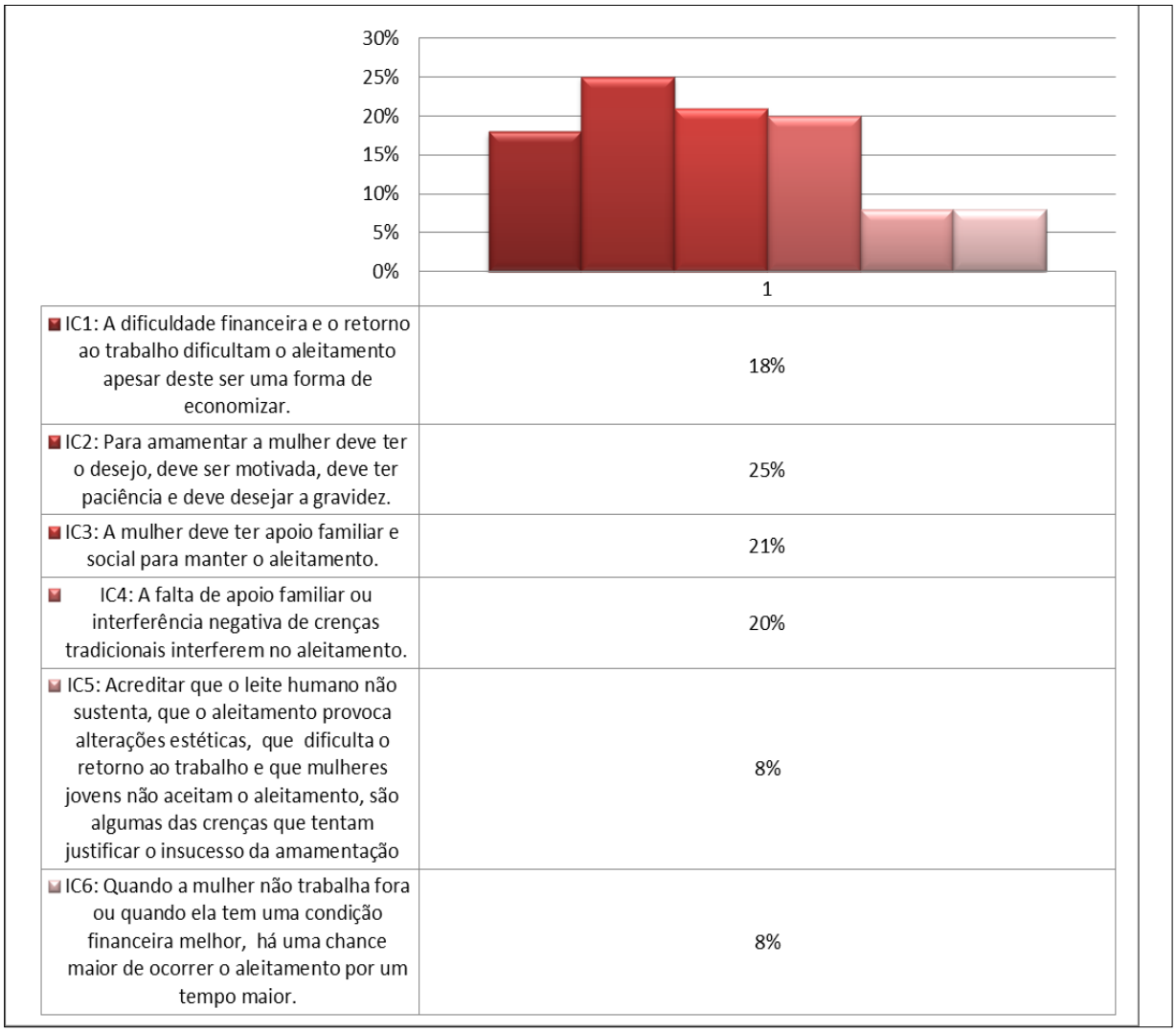
IC5: Acreditar que o leite humano não sustenta, que o aleitamento provoca alterações estéticas, que o aleitamento dificulta o retorno ao trabalho e que mulheres jovens não aceitam o aleitamento, levam ao insucesso da amamentação.

A gente percebe uma dificuldade grande de adesão, eh... Primeiro pela parte estética. Então assim, a mulher hoje ela tá muito preocupada com a mídia do que com a satisfação, a nutrição, a idealização de ser mãe. Né? Outras falam que não, que o peito vai cair, ou que não vai dar certo, que a criança vai ficar presa demais, que tem que voltar a trabalhar. Outras eh reclamam, ah os meus seios né, tá ferido cê tem que ir lá ficar falando com elas pra tomar banho de sol. Ficar explicando pra elas e nem todas querem. Tirando isso, do contrário algumas tem um pouco de resistência, já dá no primeiro, dois meses já tira. Foi muito difícil assimilar essa questão do aleitamento exclusivo até assim os quatro meses de gravidez, eu não conseguia me ver né? Que eu mulher era importante, daria conta de sustentar um neném só no peito. Elas são muito jovens também. As meninas que amamentam que são muito jovens. Muito novinha pra ser mãe (E4, E14, E16,)

IC6: Quando a mulher não trabalha fora ou quando ela tem uma condição financeira melhor, há uma chance maior de ocorrer o aleitamento por um tempo maior.

Na maioria as que gostam, que tem interesse são mulheres que ficam em casa, que tem disponibilidade pra ficar com a criança. em casa a gente tem uma aceitação quanto ao aleitamento. Então são poucas que tem a alternativa de continuarem amamentando, por causa que essa região nossa é uma região muito pobre . Porque não tem essas condições, e quando eu explico pra elas as vantagens que oferece pras mães e pros nenéns, elas assim, elas ficam muito entusiasmadas, mas não tem essas condições. Muita até propõe tirar o leite, mas depois elas fala que chega tão cansada que não consegue. A vontade delas é muito grande, mas infelizmente... (E2, E4, E15, E18)

Gráfico 7 - A percepção dos profissionais de saúde sobre a relação entre o desejo de amamentar e a situação familiar da mulher, Ribeirão das Neves, 2012.


30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1
IC1: A dificuldade financeira e o retorno ao trabalho dificultam o aleitamento apesar deste ser uma forma de economizar.
18%
IC2: Para amamentar a mulher deve ter o desejo, deve ser motivada, deve ter paciência e deve desejar a gravidez.
25%
IC3: A mulher deve ter apoio familiar e social para manter o aleitamento.
21%
IC4: A falta de apoio familiar ou interferência negativa de crenças tradicionais interferem no aleitamento.
20%
IC5: Acreditar que o leite humano não sustenta, que o aleitamento provoca alterações estéticas, que dificulta o retorno ao trabalho e que mulheres jovens não aceitam o aleitamento, são algumas das crenças que tentam justificar o insucesso da amamentação
8%
IC6: Quando a mulher não trabalha fora ou quando ela tem uma condição financeira melhor, há uma chance maior de ocorrer o aleitamento por um tempo maior.
8%

A orientação acerca do AM, como já discutido, ainda é falha. Os profissionais muitas vezes não conseguem apoiar a nutriz ou oferecem-lhe informações equivocadas e/ou divergentes. Isto reflete diretamente na manutenção do AM (GIUGLIANI 2010; MACHADO E BOSI, 2008; POLIDO et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2006; GALVÃO, 2011).

A mulher muitas vezes procura o serviço de saúde para certificar-se de que está realizando tudo corretamente e nem sempre ela, de fato, apresenta um problema a ser resolvido. Visualizar a mulher como um ser que precisa de apoio e não de uma

conduta intervencionista, é um paradigma a ser quebrado pelos profissionais (OMS/UNICEF, 2009; GALVÃO, 2011; MINAS GERAIS, 2012).

Como o AM não é instintivamente natural e sofre influências sociais determinantes, o desejo para amamentar pode estar ligado ao apoio social e/ou familiar da nutriz. Tão, ou mais importante que o apoio dos profissionais de saúde, é o apoio familiar da nutriz, para auxiliá-la a sustentar o desejo de amamentar exclusivamente (SONEGO et al., 2004; POLIDO et al., 2011; TAKEMOTO et al., 2011, MARQUES et al., 2010a).

A *"IC 2: Para amamentar a mulher deve ter o desejo, deve ser motivada, deve ter paciência e deve desejar a gravidez",* foi a ideia central mais fortemente presente nos discursos das mulheres, seguida pelo apoio familiar. Confirma-se que o desejo é condição *sine qua non* para o ato de amamentar, mas ele sozinho não é suficiente ou torna o AM mais difícil, se o apoio familiar e profissional não correrem em paralelo. Esse desejo pode se esmaecer e o desmame precoce advém.

O pai exerce uma função importantíssima no processo de AM. O seu apoio nos primeiros dez dias após o parto é essencial para a manutenção do AM. O desenvolvimento de uma nova figura paterna, aonde este desenvolve um papel mais amoroso, companheiro e com divisão de tarefas domésticas de maneira igualitária com as mulheres, interfere positivamente no AM. O papel basilar deste "novo" pai no AM é apoiar emocionalmente, auxiliar nos cuidados com o bebê e nas atividades domésticas (PIAZZALUNGA E LAMOUNIER, 2011).

Entretanto, para que o pai exerça sua "nova" função social, ele precisa de espaço. A mulher tende a centralizar os cuidados do bebê, exercer uma posição autoritária sobre o AM, uma vez que detém o poder de alimentar, de cuidar e de acalentar. Esta postura centralizadora afasta o companheiro do auxílio que este pode prestar à mulher e à criança no processo de AM. Muitas vezes a mulher não tem apoio do marido para aleitar, porque ela não permite que ele se aproxime dela e do bebê (PONTES, ALEXANDRINO E OSÓRIO, 2009).

Tão importante quanto o apoio paterno para o AM, a mulher necessita do apoio da mãe, sogra e outras mulheres da sociedade, para que este processo se estabeleça de uma forma sólida. A experiência negativa para o AM das familiares e mulheres próximas à nutriz, pode influenciar negativamente no processo de aleitamento da mulher, haja vista que a mesma estabelece um grau de intimidade maior com familiares próximos. Por mais este motivo, as atividades de educação em saúde, visando à promoção do AM, devem incluir a mulher, o seu companheiro, as avós (paterna e materna) ou outra pessoa com a qual a mulher tenha um alto grau de cumplicidade e intimidade (MARQUES et al., 2010a; MARQUES et al., 2010b; SONEGO et al., 2004; MACHADO E BOSI, 2004).

Face ao exposto, além da vontade e predisposição particular da nutriz para aleitar, há uma vontade e predisposição social e familiar que determinam positiva ou negativamente a manutenção do desejo particular da nutriz. Algumas justificativas são socialmente aceitas para o desmame precoce, como o leite fraco ou insuficiente, as alterações estéticas, mulheres jovens ou o retorno ao trabalho. Mas estas justificativas são compreendidas como mitos, crenças ou apresentam dados divergentes em alguns estudos realizados, principalmente quando é avaliado o retorno ao trabalho e a manutenção do AM (MARQUES, COTTA E PRIORE, 2011; SONEGO et al., 2004; VOLPINI E MOURA, 2005; MORAIS et al., 2011; MACHADO E BOSI, 2008).

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
A mãe que tem que trabalhar, as condições de vida, muitos filhos às vezes, o companheiro que não ajuda, vitima de violência, tanta coisa né? Moradia inadequada, e é tanta preocupação na cabeça de nós mulheres, e ter o papel de ser mãe, amamentar, é meio conflituoso né? Acho que é aí que entra o que eu falei, o apoio mesmo da equipe, a orientação, mas a gente também é um pouco limitado né? [...] às vezes a gente intervir também nesse lado social é um pouco complicado, a população é muito grande, mais de quatro mil cadastrados só pra uma médica, uma enfermeira, uma técnica, é puxado, é difícil e às vezes a gente não dá conta mesmo de lidar com todas essas questões dessa população. Tô sendo sincera, no papel tudo é muito lindo, o programa, o projeto, mas a realidade é bem diferente. A gente não dá conta mesmo de talvez tá dando esse apoio. [...] A própria amamentação que é difícil, as vezes o bico racha, por mais que a gente orienta a tomar sol fazer massagem né? Tem pele que é mais sensível e mesmo com todas as orientações o bico vem a rachar nos primeiros dias, isso tudo pode fazer a mãe desistir se ela não tiver um apoio, mas igual eu tô falando, a população é muito grande, a equipe é muito pequena, é muito problema social, a gente trabalha num bairro pobre, população muito carente, as mães aqui tem três, quatro, cinco filhos, então as vezes não é muito fácil. A própria alimentação da mãe as vezes não é adequada, a mãe se sente fraca amamentando só no peito exclusivo, tem que acordar de noite, depois de manhã tem que cuidar dos outros meninos da casa, as vezes sair pra trabalhar, então são muitos fatores que desanimam essa mãe. [...] mas esses contratempos aí e todas as questões sociais pesam muito, tanto pra equipe quanto pra a própria mãe. **E1**	1. A condição precária da família faz com que a mulher trabalhe. 2. Amamentar e trabalhar é uma combinação conflituosa e difícil. 3. A equipe de saúde não consegue atender todas as demandas de origem social da população. 4. As mulheres tem uma condição de vida precária.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
É as, os nossos pacientes aqui eles são bem informados do aleitamento, quanto a importância, tem uma relação de afetividade grande, são poucas as pacientes que não querem realmente amamentar, ou por questão de estética né, que acontece, que eu nunca vi isso, ou até por rejeição quando da criança, eu acho que 10% das pacientes que tiveram rejeição mais ligada ao fator de drogas. E com relação ao trabalho, eu vejo um sofrimento muito grande da mãe ao largar a criança, a hora do aleitamento, a frustração de o que fazer com o leite materno pra deixar a criança sem o próprio leite. Aí que tá a relação boa da mãe com a criança e o aleitamento. [...] O problema é a distância do trabalho. As que trabalham próximo conseguem manter sim. A gente até orienta que pode manter 24 horas né? Ou congelar o leite, essas até conseguem manter. Agora as que trabalham muito longe mesmo com a bolsa aleitamento, não adianta. Mais pela distância mesmo do trabalho pra casa. Mas manteria, eu vejo o desejo delas de manter sim. **E2**	1. A mulher sofre ao retornar ao trabalho. 2. Trabalhar longe de casa inviabiliza o aleitamento. 3. As mulheres são orientadas a realizar a ordenha do leite humano para oferecer posteriormente à criança.
Oh, a mãe tem direito a quatro meses de maternidade né? Durante esses quatro meses ela tem o tempo, assim, só pra criança, agora depois que ela começa a trabalhar complica um pouco né? Porque às vezes a empresa não oferece os horários pra mamãe amamentar as crianças e eu acho que isso aí tinha que ter um, assim, um relacionamento melhor né, as mães ter o direito de amamentar os filhos, mesmo estendo na hora de trabalho, ter umas horas específica pra aquilo né? Porque é um direito da criança e da mãe também e tem muitas empresas que não oferece esse tipo de, de...xô vê como é que eu falo, de relacionamento, a mãe amamentar um filho assim na, no período que ele tá necessitando da amamentação. **E3**	1. A licença maternidade favorece o aleitamento. 2. O retorno ao trabalho dificulta o aleitamento. 3. As empresas não disponibilizam para a trabalhadora os horários para amamentar durante a jornada de trabalho.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Elas preferem o trabalho. (Risos). Porque aqui é uma região carente, não tão carente mas, né? Bem carente. Eu tenho muitas gestantes, muitas gestantes não, mães que ganharam bebes há pouco tempo, menos de seis meses, que tem que voltar a trabalhar.[...] e geralmente a situação é essa: elas tem que voltar a trabalhar, voltam, aí não param de amamentar, mas perde o aleitamento exclusivo, que amamenta antes de ir e na hora que chega. Porque a maioria daqui não tem o hábito de tirar, deixar em casa armazenado pra tá sendo amamentado com leite materno durante o dia, elas dão mesmo na hora que sai e na hora que chega, aí algumas continuam, outras param né? Porque perde o hábito. Então acaba que prejudica, mas pra elas não tem outra opção, elas tem que voltar pro trabalho. **E4**	1. As mulheres preferem trabalhar, a amamentar. 2. A condição precária da família faz com que a mulher trabalhe. 3. O retorno ao trabalho dificulta o aleitamento, pois a criança perde o hábito de amamentar. 4. Apesar de serem orientadas a retirar o leite humano e armazenar, as mulheres não realizam esta prática.
Olha, pra mulher que trabalha, eu vejo assim que ela tem uma preocupação. Muitas das vezes até que eu tenho conhecimento deixa até o emprego na intenção de cuidar do filho e tudo, mas assim é difícil. Porque assim, igual assim, o aleitamento tem que ficar até o sexto mês, ora depois introduzindo outros alimentos pra criança, mesmo assim continuando né? Eu acho assim, é difícil, porque na maioria das vezes para no terceiro, quarto mês, e já introduz outros alimentos, mesmo você incentivando para o aleitamento, né?. E justamente por isso, por causa as vezes do trabalho que as vezes não dá condições, se bem que a lei agora tá mudando né? Era quatro e agora pra seis meses né? Vai de instituição pra instituição. **E5**	1. Amamentar e trabalhar é difícil. 2. Algumas mulheres optam em abandonar o trabalho para cuidar do filho. 3. O retorno ao trabalho dificulta o aleitamento.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Hoje tá mais fácil né? Antes tinha assim o bebê e rapidinho tinha que voltar a trabalhar. Hoje em dia tem alguns locais que você tem direito de ficar em casa seis meses pra amamentar. Tem também o período que pode sair mais cedo, que alguém pode levar a criança em alguns setores né? Pra tá fazendo essa parte de amamentação. Isso é importante porque não rompe o vinculo, porque às vezes volta a trabalhar com quatro meses, aí já tem que tá introduzindo outros tipos de alimento, e quebra assim o vínculo. Assim, sai de manhã, seis, sete horas da manhã e só volta cinco, seis horas da tarde e isso cria assim uma separação muito drástica, muito rápida, causa prejuízos psicológicos tanto pra mãe quanto pro o bebê. E essas novidades que estão aparecendo, a empresa abrindo mais, o tempo de licença maternidade aumentando, isso eu vejo como pontos favoráveis pra melhorar a amamentação. Porque o desmame também tem que ser né, gradativo. E se eu sei que eu vou voltar a trabalhar quando o meu bebê tiver quatro meses, eu vou querer começar o desmame com três. Porque eu já fico preocupada em como essa criança vai ficar sem o peito. Porque ela vai sofrer. **E6**	1. A licença maternidade de seis meses facilita a manutenção do aleitamento. 2. O direito de amamentar durante a jornada de trabalho garante que não ocorra o rompimento do vínculo entre mãe e filho. 3. O retorno ao trabalho dificulta o aleitamento, pois é uma separação drástica e rápida, que leva a prejuízo psicológico para mãe e filho. 4. A mulher inicia o desmame em torno de um mês antes da data de retorno ao trabalho, para evitar que a criança sofra.
Daí fica mais difícil pras mulheres que trabalham, que eu sempre indico é também tirar o leite pra dar nesse tempo que fica fora, né. Mas muitas delas não conseguem, daí já entram com outras coisas, pelo menos é o que eu vejo aqui em Neves né? **E7**	1. Apesar de serem orientadas a retirar o leite humano e armazenar, as mulheres não realizam esta prática. 2. Amamentar e trabalhar é difícil.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Aqui as condições de vida, assim, tem pessoas que... igual tem uma gestante na minha área que tem muitos filhos, não trabalha, não tem marido, então recebe só o bolsa família. Essas pessoas elas priorizam dar mais o leite mesmo porque é melhor pra ela, né? Que ela não vai ter condição de ficar comprando outra coisa, outro leite. Agora os que tem mais condição, aí as mulheres as vezes nem faz o tempo da licença maternidade, tem umas que por trabalhar e não ser fichado aí já volta a trabalhar rápido, aí o neném fica sem amamentar e tem que dar mamadeira mesmo, entendeu? Mas as famílias que são mais necessitadas elas priorizam dar o leite, porque é o que eles tem pra dar né? É o que eles tem. Agora os que tem um pouquinho a mais de condição, eles preferem dar o leite de vaca mesmo. **E8**	1. A mulher que vive em uma situação precária prefere manter o aleitamento porque ela não tem condição de comprar outro leite. 2. As mulheres que tem uma condição financeira melhor, preferem oferecer o leite de vaca do que o leite humano.
É um fator dificultador pra amamentação sem dúvida. A questão do trabalho né? Que eu já havia dito antes, e... mas a gente observa que elas querem amamentar as crianças, elas querem. Elas se esforçam né? Pra manter o aleitamento. Mas apesar da mulher, da parturiente, ela ter direito ao afastamento, muitas empresas oferecem os quatro meses, ainda não tem os seis meses completos, então no máximo que algumas conseguem amamentar é só até o quarto mês. Logo na puericultura ela já procura a gente pra tentar inserir algum outro alimento. **E9**	1. Amamentar e trabalhar é difícil, mas as mulheres se esforçam para manter o aleitamento. 2. Apesar de a mulher possuir o direito à licença maternidade, muitas empresas não cumprem esta legislação.
Tem a licença quatro meses, agora tem umas que conseguiu seis, aí eu vejo que tem a amamentação corretamente, direitinho, assim pelo menos que eu vejo acompanhando fala. [...] Mas assim ao meu ver, igual eu te falei, amamentação, pelo menos acompanhamento das mães que eu vejo, pelo menos até os quatro primeiros meses assim tem amamentação direitinho. **E10**	1. A licença maternidade favorece o aleitamento.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
A condição de vida precária né? Na maioria das vezes, muito precária. E aí às vezes um leite assim todo, nenhum leite nunca, nunca vai substituir o aleitamento materno [...] ele é um leite é caro, ele custa na faixa de R$ 40,00 a R$ 50,00 a lata, é muito caro. Então nem sempre a família vai ter condição de tá comprando esse leite. Aí é aonde vai dando as vezes até um leite, sabe? Bem inferior, aí daqui a pouquinho já tá dando até o de saquinho mesmo, esses leites pasteurizados, mas mesmo pela falta de condição. Que acha que tá caro demais entendeu? Aí é onde prejudica tudo, todo o organismo do bebê. **E11**	1. As mulheres tem uma condição de vida precária. 2. O leite humano é insubstituível mas, quando é necessário oferecer outro leite, devido à condição precária, a mulher oferece um leite inferior que prejudica o bebê.
Pra gente aqui em Neves isso aí é um negócio até difícil porque a maioria das mães, mesmo que não trabalhe fora, algum tipo de trabalho ela faz. Então eu acho que pesa muito mais a preocupação com a questão do trabalho do que a amamentação em si, sabe? Então por isso que a gente tem essa dificuldade, manter o aleitamento exclusivo, isso aí é, eu não sei o percentual quantitativo não, mas pra gente manter o preconizado né? [...] Oh, aqui no nosso bairro aqui, assim, não é uma situação de miséria, mas em geral a população pobre né? De baixa renda. Mas tem, dá pra sobreviver acho que com dificuldades e tal eles vão levando, mas esse trabalho pras mães eu acho que faria falta, sabe? Se elas tirassem um tempo maior pra cuidar do neném, um ano que fosse, é impossível, não tem como não. Então é uma ou outra que pode se dá ao luxo de ficar esse tempo que o marido guenta, mas no geral aqui as mulheres trabalham igual homem. O negócio é meio difícil mesmo. **E12**	1. As mulheres sempre desenvolvem algum tipo de trabalho, mesmo que não seja formal. 2. As mulheres preferem trabalhar, a amamentar. 3. As mulheres e sua família possuem uma condição de vida precária. 4. É impossível a mulher parar de trabalhar para cuidar do filho. 5. A condição precária da família faz com que a mulher trabalhe.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Eu não posso falar que quanto mais instruída é mais, porque tem umas também que são instruídas, estudas e não querem amamentar, não tem desejo de amamentar. Mas as vezes o trabalho dificulta muito a amamentação, ainda mais a gente que mora longe. Se a mulher volta a trabalhar com quatro meses lá em Belo Horizonte como que ela vai amamentar? Não é? Então eu acho que o trabalho dificulta muito e às vezes também as condições de vida mesmo dela. Porque ela precisa ir pra trabalhar, e aí às vezes também quando chega em casa tem tantas coisas pra fazer, tem outros meninos pequenos e tem que, requer um tempo pra você amamentar. Então ela não tem mesmo essas condições de tá amamentando, eu percebo assim. **E13**	1. Trabalhar longe de casa inviabiliza o aleitamento. 2. Possuir maior instrução não é sinônimo de desejar amamentar. 3. Para manter o aleitamento é necessário possuir uma condição social, familiar e financeira estáveis.
Nós temos áreas de risco sócioeconômico muito baixo, essa questão do aleitamento materno a gente visa bem à questão nutricional, imunológica, né, que a criança ela não vai ter a exposição de algumas doenças o aleitamento materno ele previne. Então a gente trabalha mais a questão financeira mesmo. [...] A gente assim, essa relação do trabalho a gente tem visto que as empresas cada vez mais elas tão conscientes a questão da licença né? A licença maternidade a gente tenta trabalhar o máximo da mãe ficar com esse bebê durante o tempo e aproveitar o máximo do aleitamento materno nesse tempo. Só que ela tem um grande problema, aqui não tem uma região trabalhista, não tem indústria, não tem nada próximo. Essa mãe desloca daqui pra ir pro centro de Belo Horizonte, uma viagem longa, onde as vezes a questão de uma hora pra vir almoçar e amamentar isso nunca é possível. [...] E o trabalho ele visa que a mulher precisa de trabalhar, ela precisa de sustentar a casa, ela precisa de outras coisas. Então... **E14**	1. As mulheres tem uma condição de vida precária. 2. A orientação do aleitamento fundamenta-se no baixo nível sócioeconômico da população atendida. 3. As empresas estão mais conscientes da licença maternidade. 4. A licença maternidade favorece o aleitamento. 5. Trabalhar longe de casa inviabiliza o aleitamento. 6. A condição precária da família faz com que a mulher trabalhe.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Olha, eu vejo que há uma incompreensão pro lado de quem emprega[...]... tipo assim, você quer se por no lugar da pessoa. Vão supor que você tem uma pessoa que trabalha na sua casa, tomando conta do seu filho pra você trabalhar. Como você pode liberar ela pra tomar conta do filho dela em casa, sendo que você tá precisando dela na sua casa? Então é complicado. Se a mãe leva o filho pro trabalho, ela não vai ter como, eh, fazer todas as atividades e cuidar do filho, que é bem complicado. Então assim, eu já vi casos de mães que ficam querendo que a médica dê atestado de mais dias para continuar amamentando pra não tirar o filho do peito, e, houve até uma situação, que um patrão ligou pra cá pra perguntar porque a médica deu atestado de mais dias, então dessa questão de atestado mesmo. Porque Os patrões não aceitam este tipo de coisa, entendeu? Então assim, a pessoa fica pensando: entre desmamar o filho e perder o emprego, é mais fácil desmamar o filho. Por que não tá tão fácil conseguir emprego. Então assim, pra mãe ficar em casa amamentando o filho passando necessidade, que tem uma boa parte que é mãe solteira, tem uma parte que as vezes tem o companheiro, mas são muito pobres, então precisa da ajuda financeira dos dois. Aí é bem complicada essa relação entre o trabalho e a amamentação. Entendeu? Não que a mãe não queira amamentar, é porque as condições não favorecem pra isso. Mesmo com esses programas do governo, entendeu? É bem complicado. **E15**	1. O empregador não compreende e não aceita a licença maternidade. 2. As mulheres preferem trabalhar, a amamentar. 3. As mulheres tem uma condição de vida precária. 4. A condição precária da família faz com que a mulher trabalhe.
É... ah, muitas delas que vem aqui percebe essa questão, não é nem querer amamentar não. Porque infelizmente quando trabalha com carteira assinada, e às vezes não tem o pai da criança, e às vezes são obrigadas a trabalhar mesmo pra manter a criança. Infelizmente vai ter que partir pra mamadeira. Infelizmente. Ficar com parente ou com outras pessoas, tendo que pagar mesmo. Infelizmente. **E16**	1. A condição precária da família faz com que a mulher trabalhe.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Bom aí complica. Porque elas tem 120 dias, a maioria delas tem carteira assinada, as vezes elas me pedem pra entrar antes, porque não querem trabalhar, tão se sentindo já cansada, aí eu falo "ó, mas aí e a relação com o filho depois como é que você vai fazer?", as vezes ela até, algumas saem do trabalho pra amamentar o filho, continuar amamentando e outras continuam. Eu vejo o seguinte, essa sociedade, tem gente que né, assim essa sociedade mais carente, elas amamentam muito, elas ficam até dois anos de idade e aí às vezes elas saem mesmo do emprego né? Não tava gostando. Diferente das pessoas que já tem uma profissão né? E aí deixa de amamentar nos primeiros meses mesmo, porque tem que trabalhar, enfim. Então é bastante assim, eh, não sei como é que elas fazem em relação a dinheiro, a trabalho, não existe muito disso, elas ficam mesmo igual dependendo do marido, dependendo de pensão, o governo dá também muito né? Então o pouquinho que eles ganham tá bom, não tem essa, esse vínculo com alguma profissão entende? Porque se um dia eu e você engravidar vai ter que voltar pro trabalho imediatamente, a gente não vai ter essa oportunidade de ficar aí "ah não vou sair do meu emprego". Não tem jeito na minha profissão, entendeu, vou ficar aí 90 dias, ah três meses, quatro meses, seis meses, um ano, três anos, sem, sem ganhar nada. A gente é diferente, aqui elas amamentam muito. Eu acho, eu sinto isso em relação, por exemplo, a minha família que é o povo que eu convivo né? Assim os meus amigos, é bem diferente. Realmente deixam de amamentar mais cedo pra voltar pro trabalho, eles aqui não. A não ser uma que é mais compromissada às vezes com o trabalho, aí volta, "não eu já tô desmamando já vou voltar ao trabalho", e aí enfim, é isso que eu sinto. Bom, eu sinto aqui dentro do meu consultório, eu não sei como que é a realidade deles. **E17**	1. Amamentar e trabalhar é difícil. 2. A licença maternidade favorece o aleitamento mas algumas mulheres entram de licença maternidade antes do nascimento da criança, diminuindo o tempo com a criança para amamentar. 3. A mulher que vive em uma situação precária prefere manter o aleitamento por um tempo maior. 4. Algumas mulheres optam em abandonar o trabalho para cuidar do filho, pois não possuem vínculo com a profissão ou com o emprego. 5. As mulheres que são compromissadas com o emprego retornam ao trabalho. **6.** As mulheres se contentam com o pouco que ganham do governo para se sustentar.

Quadro 8 - A percepção do profissional de saúde sobre a relação entre a condição de vida da mulher, o trabalho e o aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Tem muitas aqui, eu percebo assim, que tem muitas que tem vontade de amamentar por mais tempo, o problema que igual o governo, a licença maternidade é 120 dias, passou pra 180, mas eu não considero, esse passar pra 180 ficou só pra quem é efetivo, funcionário público. Por quê? Você acha que patrão vai querer dá licença maternidade pra, de 180 dias pras mulheres? Não. Que que tá acontecendo? Antes de completar quatro meses as mães já vem aqui no PSF pra falar que, "olha é, eu volto a trabalhar e vou ter que iniciar a mamadeira pro meu filho", porque o que tá acontecendo é isso, que eles não dão. Falaram licença 180 dias, mas como? Não tem essa licença 180 dias, é 120, eu considero 120. Que a maioria aqui é 120 dias, muitas desmamam, acontece isso, por mais que a gente orienta tirar o leite, guardar na mamadeira e por na geladeira. Mas tem muitas que falam que quando ela chega do serviço tá tão cansada que pra tirar o leite é difícil, é uma questão de demora. Aí que elas fala, que os filhos passa a amamentar só quando ela chega, e durante o dia mamadeira, o problema é esse não ter condição. **E18**	1. O empregador não compreende e não aceita a licença maternidade de 180 dias. 2. A licença maternidade de 120 dias é pequena para manter o aleitamento. 3. Apesar de serem orientadas a retirar o leite humano e armazenar, as mulheres não realizam esta prática.

DSC

IC1: A população atendida tem uma condição precária, o que exige da mulher algumas ações como: trabalhar, aleitar por um tempo maior e oferecer um leite inferior para o filho. A equipe de saúde direciona suas orientações acerca do aleitamento de acordo com a realidade da população.

A mãe que tem que trabalhar. As condições de vida, muitos filhos e, às vezes, o companheiro que não ajuda, vitima de violência, tanta coisa né? Moradia inadequada. A própria alimentação da mãe nem sempre é adequada; esta se sente fraca, amamentando só no peito exclusivo, tem que acordar de noite, depois de manhã tem que cuidar dos outros meninos da casa, às vezes sair pra trabalhar,

então são muitos fatores que desanimam essa mãe. Porque aqui é uma região carente, não tão carente, mas, né? Bem carente. Nós temos áreas de risco socioeconômico muito baixo, essa questão do aleitamento materno a gente visa gente visa bem à questão nutricional, imunológica, né, que a criança ela não vai ter a exposição de algumas doenças o aleitamento materno ele previne. Então a gente trabalha mais a questão financeira mesmo. E o trabalho ele visa que a mulher precisa de trabalhar, ela precisa de sustentar a casa, ela precisa de outras coisas. Então... Oh, aqui no nosso bairro aqui, assim, não é uma situação de miséria, mas em geral a população pobre né? De baixa renda. Mas tem, dá pra sobreviver acho que com dificuldades e tal eles vão levando... Porque infelizmente quando trabalha com carteira assinada, e às vezes não tem o pai da criança, e às vezes são obrigadas a trabalhar mesmo pra manter a criança. Infelizmente vai ter que partir pra mamadeira. Infelizmente. Aqui as condições de vida, assim, tem pessoas que... igual tem uma gestante na minha área que tem muitos filhos, não trabalha, não tem marido, então recebe só o bolsa família. Essas pessoas elas priorizam dar mais o leite mesmo porque é melhor pra ela, né? Que ela não vai ter condição de ficar comprando outra coisa, outro leite. Mas as famílias que são mais necessitadas elas priorizam dar o leite, porque é o que eles tem pra dar né? É o que eles tem. Eu vejo o seguinte, essa sociedade, tem gente que né, assim, essa sociedade mais carente, elas amamentam muito, elas ficam até dois anos de idade. A condição de vida precária né? Na maioria das vezes, muito precária. E aí às vezes um leite assim todo, nenhum leite nunca, nunca vai substituir o aleitamento materno. Então nem sempre a família vai ter condição de tá comprando esse leite. Aí é aonde vai dando às vezes até um leite, sabe? Bem inferior, aí daqui a pouquinho já tá dando até o de saquinho mesmo, esses leites pasteurizados, mas mesmo pela falta de condição. Que acha que tá caro demais entendeu? Aí é onde prejudica tudo, todo o organismo do bebê. Então assim, pra mãe ficar em casa amamentando o filho passando necessidade, que tem uma boa parte que é mãe solteira, tem uma parte que às vezes tem o companheiro, mas são muito pobres, então precisa da ajuda financeira dos dois. Acho que é aí que entra o que eu falei, o apoio mesmo da equipe, a orientação, mas a gente também é um pouco limitado né? Às vezes a gente intervir também nesse lado social é um pouco complicado, a população é muito grande, mais de quatro mil cadastrados só pra uma médica, uma enfermeira, uma técnica, é puxado, é difícil e às vezes a gente não dá conta

mesmo de lidar com todas essas questões dessa população. Tô sendo sincera, no papel tudo é muito lindo, o programa, o projeto, mas a realidade é bem diferente. A gente não dá conta mesmo de talvez tá dando esse apoio. Mas igual eu tô falando, a população é muito grande, a equipe é muito pequena, é muito problema social, a gente trabalha num bairro pobre, população muito carente, as mães aqui tem três, quatro, cinco filhos, então as vezes não é muito fácil. Mas esses contratempos aí e todas as questões sociais pesam muito, tanto pra equipe quanto pra a própria mãe. (E1, E4, E8, E11, E12, E14, E15, E16, E17)

IC2: Amamentar e trabalhar é uma combinação difícil, conflituosa e que inviabiliza o aleitamento.

E com relação ao trabalho, eu vejo um sofrimento muito grande da mãe ao largar a criança, a hora do aleitamento, a frustração de o que fazer com o leite materno pra deixar a criança sem o próprio leite. Aí que tá a relação boa da mãe com a criança e o aleitamento. E é tanta preocupação na cabeça de nós mulheres, e ter o papel de ser mãe, amamentar, é meio conflituoso né? A própria amamentação que é difícil... Olha, pra mulher que trabalha, eu vejo assim que ela tem uma preocupação. Eu acho assim, é difícil, porque na maioria das vezes pára no terceiro, quarto mês, e já introduz outros alimentos, mesmo você incentivando para o aleitamento, né?. E justamente por isso: por causa às vezes do trabalho que às vezes não dá condições, É um fator dificultador pra amamentação sem dúvida. A questão do trabalho né? Elas se esforçam né? Pra manter o aleitamento. O problema é a distância do trabalho. As que trabalham próximo conseguem manter sim. Agora as que trabalham muito longe mesmo com a bolsa aleitamento, não adianta. Mais pela distância mesmo do trabalho pra casa. Mas manteria, eu vejo o desejo delas de manter sim. Assim, sai de manhã, seis, sete horas da manhã e só volta cinco, seis horas da tarde e isso cria assim uma separação muito drástica, muito rápida, causa prejuízos psicológicos tanto pra mãe quanto pro o bebê. O desmame também tem que ser né, gradativo. E se eu sei que eu vou voltar a trabalhar quando o meu bebê tiver quatro meses, eu vou querer começar o desmame com três. Porque eu já fico preocupada em como essa criança vai ficar sem o peito. Porque ela vai sofrer. E geralmente a situação é essa: elas tem que voltar a trabalhar, voltam, aí não param de amamentar, mas perde o aleitamento exclusivo, que amamenta antes de ir e na hora que chega. Porque perde o hábito.

Agora, depois que ela começa a trabalhar complica um pouco né? Então acaba que prejudica, mas pra elas não tem outra opção, elas tem que voltar pro trabalho. Essa mãe desloca daqui pra ir pro centro de Belo Horizonte, uma viagem longa, onde às vezes a questão de uma hora pra vir almoçar e amamentar isso nunca é possível. Daí fica mais difícil pras mulheres que trabalham. Mas às vezes o trabalho dificulta muito a amamentação, ainda mais a gente que mora longe. Se a mulher volta a trabalhar com quatro meses lá em Belo Horizonte como que ela vai amamentar? Não é? Porque ela precisa ir pra trabalhar, e aí às vezes também quando chega em casa tem tantas coisas pra fazer, tem outros meninos pequenos e tem que, requer um tempo pra você amamentar. Então ela não tem mesmo essas condições de tá amamentando, eu percebo assim. Então assim, a pessoa fica pensando: entre desmamar o filho e perder o emprego, é mais fácil desmamar o filho. Por que não tá tão fácil conseguir emprego. Aí é bem complicada essa relação entre o trabalho e a amamentação. Entendeu? Não que a mãe não queira amamentar, é porque as condições não favorecem pra isso. Mesmo com esses programas do governo, entendeu? É bem complicado. Elas preferem o trabalho. Isso aí é um negócio até difícil porque a maioria das mães, mesmo que não trabalhe fora, algum tipo de trabalho ela faz. Então eu acho que pesa muito mais a preocupação com a questão do trabalho do que a amamentação em si, sabe? Mas esse trabalho pras mães eu acho que faria falta, sabe? Se elas tirassem um tempo maior pra cuidar do neném, um ano que fosse, é impossível, não tem como não. Então é uma ou outra que pode se dá ao luxo de ficar esse tempo que o marido guenta, mas no geral aqui as mulheres trabalham igual homem. O negócio é meio difícil mesmo. Diferente das pessoas que já tem uma profissão né? E aí deixa de amamentar nos primeiros meses mesmo, porque tem que trabalhar, enfim. A não ser uma que é mais compromissada às vezes com o trabalho, aí volta. Eu não posso falar que quanto mais instruída é mais, porque tem umas também que são instruídas, estudas e não querem amamentar, não tem desejo de amamentar. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7,E9, E12, E13, E14, E15, E17)

IC3: A licença maternidade favorece o aleitamento, bem como amamentar durante a jornada de trabalho.

Hoje tá mais fácil né? Antes tinha assim o bebê e rapidinho tinha que voltar a trabalhar. Porque elas tem 120 dias, a maioria delas tem carteira assinada, às vezes elas me pedem pra entrar antes, porque não querem trabalhar, tão se sentindo já cansada. Que a maioria aqui é 120 dias, muitas desmamam, acontece isso. Tem a licença de quatro meses, agora tem umas que conseguiu seis, aí eu vejo que tem a amamentação corretamente, direitinho, assim pelo menos que eu vejo acompanhando fala. Pelo menos acompanhamento das mães que eu vejo, pelo menos até os quatro primeiros meses assim tem amamentação direitinho. Hoje em dia tem alguns locais que você tem direito de ficar em casa seis meses pra amamentar. Tem também o período que pode sair mais cedo, que alguém pode levar a criança em alguns setores né? Pra tá fazendo essa parte de amamentação. Isso é importante porque não rompe o vinculo. A gente assim, essa relação do trabalho a gente tem visto que as empresas cada vez mais elas tão conscientes a questão da licença né? A licença maternidade a gente tenta trabalhar o máximo da mãe ficar com esse bebê durante o tempo e aproveitar o máximo do aleitamento materno nesse tempo. (E6, E10, E14, E17, E18)

IC4: As empresas não aceitam, não compreendem e não cumprem a determinação legal da licença maternidade.

Mas apesar da mulher, da parturiente, ela ter direito ao afastamento, muitas empresas oferecem os quatro meses, ainda não tem os seis meses completos, então no máximo que algumas conseguem amamentar é só até o quarto mês. Tem muitas que tem vontade de amamentar por mais tempo, o problema que igual o governo, a licença maternidade é 120 dias, passou pra 180, mas eu não considero, esse passar pra 180 ficou só pra quem é efetivo, funcionário público. Por quê? Você acha que patrão vai querer dá licença maternidade pra, de 180 dias pras mulheres? Não! Porque às vezes a empresa não oferece os horários pra mamãe amamentar as crianças e eu acho que isso aí tinha que ter um, assim, um relacionamento melhor né, as mães ter o direito de amamentar os filhos, mesmo estando na hora de trabalho, ter umas horas específica pra aquilo né? Porque é um direito da criança e da mãe também e tem muitas empresas que não oferece. Olha, eu vejo que há uma incompreensão pro lado de quem emprega. Vão supor que

você tem uma pessoa que trabalha na sua casa, tomando conta do seu filho pra você trabalhar. Como você pode liberar ela pra tomar conta do filho dela em casa, sendo que você tá precisando dela na sua casa? Então é complicado. Se a mãe leva o filho pro trabalho, ela não vai ter como, eh, fazer todas as atividades e cuidar do filho, que é bem complicado. Porque os patrões não aceitam este tipo de coisa, entendeu? (E3, E9, E15, E18)

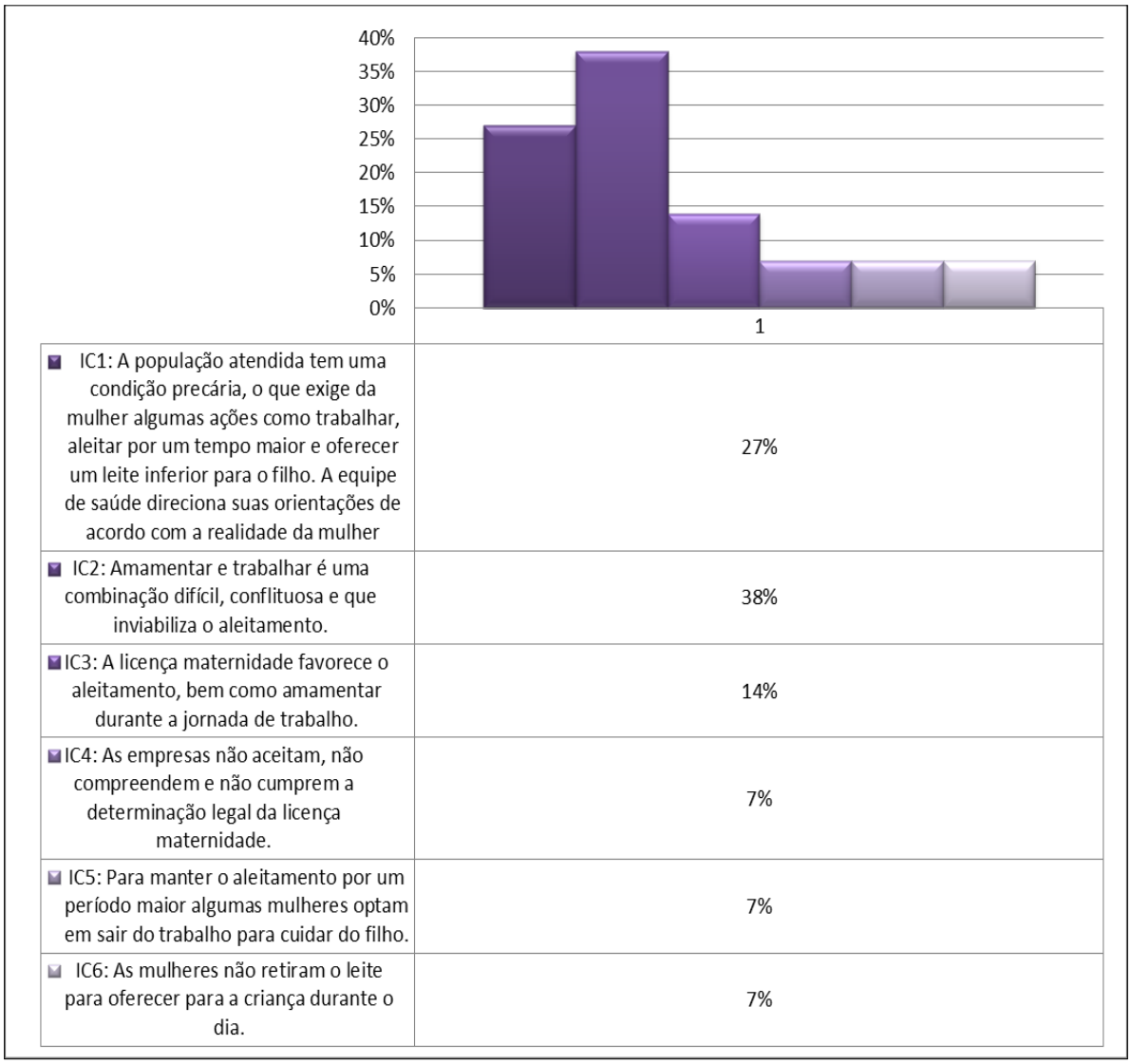
IC5: Para manter o aleitamento por um período maior algumas mulheres optam em sair do trabalho para cuidar do filho.

Muitas das vezes até que eu tenho conhecimento deixa até o emprego na intenção de cuidar do filho e tudo, mas assim é difícil. e aí às vezes elas saem mesmo do emprego né? Não tava gostando. Diferente das pessoas que já tem uma profissão né? Então é bastante assim, eh, não sei como é que elas fazem em relação a dinheiro, a trabalho, não existe muito disso, elas ficam mesmo igual dependendo do marido, dependendo de pensão, o governo dá também muito né? Então o pouquinho que eles ganham tá bom, não tem essa, esse vínculo com alguma profissão entende? (E5, E17)

IC 6: As mulheres não retiram o leite para oferecer para a criança durante o dia.

A gente até orienta que pode manter 24 horas, né? Ou congelar o leite. Sempre indico é também tirar o leite pra dar nesse tempo que fica fora, né? Mas muitas delas não conseguem, daí já entram com outras coisas. Porque a maioria daqui não tem o hábito de tirar, deixar em casa armazenado pra tá sendo amamentado com leite materno durante o dia. Por mais que a gente orienta tirar o leite, guardar na mamadeira e por na geladeira. Mas tem muitas que falam que quando ela chega do serviço tá tão cansada que pra tirar o leite é difícil, é uma questão de demora. Aí que elas fala, que os filhos passa a amamentar só quando ela chega, e durante o dia mamadeira, o problema é esse não ter condição.

Gráfico 8 – A percepção dos profissionais de saúde sobre a relação entre a condição de vida das mulheres, o trabalho e o aleitamento materno, Ribeirão das Neves, 2012.


40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1
IC1: A população atendida tem uma condição precária, o que exige da mulher algumas ações como trabalhar, aleitar por um tempo maior e oferecer um leite inferior para o filho. A equipe de saúde direciona suas orientações de acordo com a realidade da mulher
27%
IC2: Amamentar e trabalhar é uma combinação difícil, conflituosa e que inviabiliza o aleitamento.
38%
IC3: A licença maternidade favorece o aleitamento, bem como amamentar durante a jornada de trabalho.
14%
IC4: As empresas não aceitam, não compreendem e não cumprem a determinação legal da licença maternidade.
7%
IC5: Para manter o aleitamento por um período maior algumas mulheres optam em sair do trabalho para cuidar do filho.
7%
IC6: As mulheres não retiram o leite para oferecer para a criança durante o dia.
7%

A " *IC2- Amamentar e trabalhar é uma combinação difícil, conflituosa e que inviabiliza o aleitamento",* representando 38% das ideias centrais, torna visível o conflito existencial vivido pelas mães trabalhadoras fora do lar. Revela o quão difícil é harmonizar trabalho, condições de vida e aleitamento. Se o bônus recebido no final do mês auxilia na manutenção da vida biológica e social, como deixar o trabalho de lado? Como viabilizar a amamentação se ao chegar em casa, o cansaço adentra-a primeiro?

Aleitamento materno e trabalho realmente é uma combinação conflituosa e difícil. A insegurança materna do retorno ao trabalho leva ao desmame precoce. A longa

jornada de trabalho, principalmente para as mulheres que trabalham no período noturno, distanciam mãe e filho, fragilizando o vínculo do AM. Mas, apesar de todas as dificuldades que circundam o retorno ao trabalho, estudos mostram que se houver uma promoção do AM efetiva e uma rede de apoio para esta mulher trabalhadora, o tempo médio de AM aumenta (BRASILEIRO et al., 2012; BRASILEIRO et al., 2010; MORAIS et al., 2011; CAMINHA et al., 2011).

Brasileiro et al. (2010; 2011), observaram que as mulheres que não obtém apoio familiar e da equipe de saúde, por meio de um programa de apoio ao AM, têm uma chance 8,84 vezes maior de desmamar os seus filhos antes do quarto mês de vida. Detectaram ainda que, as mulheres que não possuem o intervalo de trinta minutos na jornada de trabalho destinada ao AM têm uma chance estatisticamente significante para desmamar os filhos antes do quarto mês de vida. Portanto, a rede de apoio social e, principalmente do serviço de saúde, bem como usufruir dos direitos trabalhistas da mulher que amamenta, influencia nos índices de AM.

Rea (2010) reforça que a licença maternidade deve ser utilizada para o AME e a mulher deve ser orientada a realizar a ordenha e armazenamento do leite humano neste período para mantê-lo durante os seis meses de idade da criança, mesmo a licença maternidade sendo de 120 dias. A partir dessa exposição, podemos perceber a importância da intervenção do profissional de saúde na educação e apoio da mulher trabalhadora.

Além do distanciamento entre a mãe e o filho trazidos pelo retorno ao trabalho, há empregadores que não respeitam os direitos trabalhistas da mulher que amamenta, deixando-a fragilizada quanto à manutenção do emprego. Muitas , inclusive, optam por cuidar dos filhos, para manter o aleitamento pelo maior tempo possível, considerando que é desgastante para ela e sua família a manutenção do aleitamento quando a permanência longe da criança é grande (MACHADO E BOSI, 2008).

Realizar a ordenha e armazenamento do leite humano é a melhor opção para a manutenção do aleitamento materno. Para tal, a mulher deve receber orientação e apoio dos profissionais de saúde, com a intencionalidade de que a ordenha seja

realizada de uma forma asséptica, o leite seja estocado em recipientes estéreis, identificados e datados, válidos por no máximo 15 dias no congelador após a coleta. A administração do leite também requer alguns cuidados como: o leite não deve ser aquecido no micro-ondas, pois pode perder as suas propriedades nutritivas e imunológicas. Deve ser retirado e degelado em banho maria desde que não utilize água fervendo, uma vez que o leite não pode ser muito aquecido ou fervido para não perder suas propriedades (BRASIL, 2010d; MENCONI, 2010, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2013).

Como descrito, ordenhar e armazenar o leite humano requer disciplina da mulher e apoio dos familiares e dos profissionais de saúde. Não é, portanto, uma tarefa simples. A administração do leite, na ausência da mãe, não deve ser realizada através de mamadeiras ou chucas e, sim, preferencialmente, através de um copo, xícara ou colher, evitando a confusão de bico (peito versus mamadeira), que pode levar ao desmame precoce (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2013; BRASIL, 2007b).

Arantes et al. (2011) ao analisarem o índice de AM, em Alfenas – MG e a introdução precoce de outros alimentos na alimentação de menores de seis meses, identificaram que 66,7% das crianças que não recebiam leite materno antes dos seis meses de idade, recebiam leite de origem animal e 42,3%, recebiam o leite *in natura*, sem nenhum processo de pasteurização. Nesse estudo, não foi identificado correlação entre a administração de leite de origem animal e a renda familiar.

Ao analisar as práticas alimentares em menores de um ano, nas cidades de São Paulo, Recife e Curitiba, Caetano et al. (2010) obtiveram 48% da amostra com uma renda familiar entre 1-5 salários mínimos e 50,3% dos entrevistados já não recebiam AM e a maioria recebia leite de vaca diluído. Podemos inferir que quanto menor o poder aquisitivo, maior será a chance da mulher e sua família introduzirem precocemente o leite de vaca, que possui propriedades indigestas ao lactente.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
A gente orienta desde a primeira consulta de pré-natal, eu sempre pergunto né? se é mãe, se é a primeira gestação, se tem desejo, o que que ela pensa sobre o aleitamento, se é a segunda ou terceira se amamentou os outros filhos, se não eu já pergunto por quê? O que que foi de fator que dificultou essa amamentação? Esse desmame precoce. [...] Então eu acho que um dos empecilhos maior das mães que amamenta pouco e complementa cedo é achar que a criança fica com fome.[...] E a gente tenta trabalhar nisso aí, as vezes é difícil porque já tem uma pré... um preconceito já estabelecido na cabeça delas de dar fome, principalmente quando é menino, eu percebo muito isso quando é bebê do sexo masculino. [...]. Tem muito a ver com desejo como eu te disse. Se o desejo é muito grande fica mais fácil trabalhar, quando a mãe não tem esse desejo assim, embutido, de amamentar é mais difícil, não é impossível, mas é mais difícil. Dá mais trabalho. **E1**	1. Inicia na primeira consulta de pré-natal, verifica o desejo para amamentar e o conhecimento prévio sobre aleitamento. Se multípara, verifica o histórico de aleitamento. 2. Desmistifica que o leite materno deixa a criança com fome. 3. O desejo da mulher para amamentar facilita o incentivo à amamentação.
O aleitamento materno eu oriento como a alimentação mesmo, a importância do desenvolvimento da criança, tanto cognitivo né, quanto o nutricional até os seis meses importantíssimo, mas aí a gente vai avaliando o ganho de peso da criança junto também, e a gente mantém a importância maior até os seis meses. Depois dos seis meses é o que a mãe puder também, que a gente não pode passar por cima da mãe nisso aí não. **E2**	1. Amamentação como alimento exclusivo até os seis meses. 2. Orienta sobre o valor nutricional, e sobre a importância para o desenvolvimento cognitivo. 3. O aleitamento exclusivo é acompanhado da avaliação do ganho de peso da criança. 4. Orienta aleitamento exclusivo até seis meses e após este período, o que a mãe conseguir.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Oh, as nossas, as mãezinhas, principalmente as mãe nova né? A gente fala, orienta que a criança até seis meses não há... não precisa tomar, comer, tomar mais nada a não ser o leite materno. Que é o único alimento necessário pra criança é o leite materno que a mãe tem que ter muita paciência, tem que, se tiver em dúvida tem que procurar uma orientação com a pessoa que tem mais capacidade para orientar ela, aconselhar ela que o leite materno é necessário, é fundamental pra a criança, e é isso. A gente sempre orienta as mães a amamentar o filho no mínimo até seis meses de vida, né? E agora também, eles tão falando, que a gente vê, o Ministério da Saúde falar que até dois anos né? É necessário, mas tem mães que não tem paciência pra isso, pra amamentar o filho até dois anos de idade, mas pelo menos até os seis meses é fundamental que ela amamente o filho até seis meses.**E3**	1. Orienta principalmente as mães jovens. 2. Amamentação como alimento exclusivo até os seis meses. 3. Orienta ter paciência. 4. Orienta manter o aleitamento até os dois anos de idade conforme orientação do Ministério da Saúde, desde que a mãe tenha paciência para isso. 5. Caso a mulher tenha alguma dúvida, ela deve procurar uma pessoa capacitada para orientá-la
Até os seis meses. Aí começa desde a gestação né? Desde o princípio, aí a gente, tanto eu quanto a L..., que é mais orientado no pré-natal, mas aí eu como ACS é mais orientar, "como foi o pré-natal e tal", e elas sempre comentam que a L... comentou sobre o aleitamento materno, aí a gente faz grupo, né? [...] Oferecer o peito, insistir, sobre feridas, a importância do aleitamento materno até os seis meses exclusivo, e aí elas pegam pra si, mas nem todas podem por em prática né? É essa a orientação que a gente vai dando antes e depois da gestação. **E4**	1. Orientação começa na gestação e continua após o nascimento da criança. 2. A função do ACS é perguntar como foi no pré-natal e orientar. 3. Orienta sobre o cuidado com as mamas e para oferecer o seio materno à criança. 4. Orienta aleitamento exclusivo até seis meses, mas não são todas as mulheres que podem executar esta orientação.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Aqui na unidade eu faço muito pouco, porque? Porque a gente tem enfermeira, que a nossa equipe é bem completa, tem a médica, tem enfermeira, mas assim quando aparece no meu caso, pra mim orientar, que vem até mim na ausência da enfermeira, oriento que deve ser, observar se o neném tá com fome, se ele chorou tentar colocar o leite do peito fazendo a preguinha, ter paciência porque na maioria das vezes a mãe não tem paciência, assim. Até o sexto mês né? Até pra poder depois do sexto mês ir dando outros alimentos, [...] tem que instigar o neném a mamar, pra vir aquele leite mais grosso, e paciência. A maioria das mães não tem paciência. Que aqui a gente tem muita mãe novinha, sabe? Essas gravidez indesejadas, não esperadas, é raro aparecer uma mãe que já tem um marido, já tem uma estrutura, sabe? Que ajuda muito quando a pessoa tem a estrutura pra ter um filho, isso ajuda muito. Mas quando não tem, é muito difícil aí cê pode esperar que se ela levar a amamentação até o terceiro mês é muito, quarto mês. **E5**	1. A orientação sobre o aleitamento é uma ação prioritária da enfermeira e da médica, ficando o técnico de enfermagem com outras atribuições. 2. Orienta ter paciência. 3. Orienta pega e a composição do leite. 4. Orienta aleitamento exclusivo até seis meses. 5. As mães jovens e que não desejaram a gravidez, não amamentam exclusivamente até os seis meses.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Ah, eu começo no segundo mês da gestação. Na segunda consulta geralmente, né, eu já começo a contar pra ela como ela prepara a mama tomando banho de sol, evitando cremes hidratantes, pra fortalecer o mamilo. Já faço essas orientações. No decorrer da gestação eu continuo fortalecendo. Falando das coisas que são boas, falando que ela vai gastar menos dinheiro, que isso influencia bastante aqui na comunidade, falo do preço da latinha de NAN pra elas, falo da dificuldade de tá lavando a mamadeira, fervendo, esterilizando, do transporte que pode estragar aí o leite, as vezes prepara antes, sai daí a duas horas vai pegar o leite e tá estragado. Falo também quando tem que aquecer, ah, se aquecer muito tem que esfriar, essas partes assim eu gosto de tá frisando com elas antes do parto, pra quando o bebê chegar já tá incuntido ali essa sensação de pontos positivos da amamentação em relação a mamadeira. É lógico, se tiver alguma contraindicação que nós não vamos ficar fortalecendo esse vínculo, mas todas aquelas que não tem contraindicação eu começo já na segunda consulta de pré-natal, pra tá fortalecendo. **E6**	1. Inicia no segundo mês de gestação. 2. Orienta cuidado com as mamas, enfatiza a economia e a praticidade do aleitamento. 3. Ao realizar as orientações durante a gestação, após o parto, ela já estará com a ideia de que a amamentação é positiva. 4. Quando há contraindicação do aleitamento, as orientações não são realizadas.
Oriento a amamentar no mínimo seis meses, mas de preferencia se puder amamentar durante um ano né? Depois dos seis meses a gente pode além do aleitamento materno pode introduzir algumas outras coisas, tipo: maça, frutas, banana, sabe? Mas não outros leites, manter o leite materno durante seis meses no mínimo e se puder manter durante um ano. **E7**	1. Orienta aleitamento exclusivo até seis meses e após este período manter durante um ano. 2. Não introduzir outro leite até um ano de idade, somente frutas e papa salgada.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Eu oriento se possível a mãe dar até os seis meses, só ele. Mas igual eu tô te falando, geralmente a gente vai fazer visita, nos primeiros dias, no primeiro mês dá o leite só do peito, mas depois do segundo mês já não dá mais, aí a mãe fala: "a o meu leite tava secando", mas a gente vê assim que é mais uma falta de paciência mesmo da mãe, que não tem muita paciência ou igual eu te falei tem que voltar a trabalhar, porque trabalha informal né? Então não tem aquele período, aí o tempo do resguardo acabou, volta a trabalhar e tem que deixar o neném com outra pessoa, né? Mas aí eu oriento a ela o possível dar mais leite materno, mesmo que ela tá trabalhando quando retornar, não deixar o neném perder sabe? O tempo que ele puder mamá, o tempo que ela puder tiver dando o leite, que é o melhor pro neném. Assim que eu oriento. **E8**	1. Orienta se possível, manter o aleitamento exclusivo até seis meses. 2. As mulheres mantém o aleitamento exclusivo somente no primeiro mês. 3. Orienta ter paciência pois as mulheres não tem paciência. 4. Orienta manter o aleitamento pelo maior tempo possível, pois é o melhor para o bebê.
Bom, a primeira coisa é com relação ao posicionamento do bebê, explicar pra mãe sobre a importância do leite materno, né? O que compõem aquele leite, porque que ele é importante pra criança né? Essa questão do vínculo que ela forma entre mãe e filho e a questão do posicionamento do bebê pra poder tá fazendo uma boa sucção. Se ela tem alguma dúvida, né, pra gente poder tá conversando. **E9**	1. Orienta sobre o posicionamento do bebê. 2. Orienta sobre a importância do leite materno e sobre a criação de vínculo entre mãe e filho. 3. As orientações são direcionadas de acordo com as dúvidas da mãe.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Olha eu falo que é muito importante, porque o aleitamento o leite assim é exclusivo, a criança não precisa de mais nada ele tem todas as proteínas necessárias para a criança. Então que assim, é a mãe mesmo assim ter paciência, entendeu? É uma fase difícil que a gente explica mesmo depois que ganha, é ter um pouco de paciência mesmo, e assim oferecendo a criança, olhar como tá as mamas, o bico, se não tá rachado, entendeu? E assim sempre que a criança chorar, ou assim ela mesmo oferecer, assim sem horário, porque criança não tem horário certo, qualquer hora que ela precisar de tá mamando ela vai chorar ou vai pedir. Pra ter paciência, tendo sempre a mudança né, das mamas quando for oferecer, e no mais é isso mesmo, falando mesmo da prioridade porque ele tem todas assim, todas as vitaminas, nutrientes necessários, precisa dá mais nada, somente o leite materno. Tem mãe que já me fala que amou isso, porque ela até emagreceu, e até assim ficou feliz: "Nossa vi que beleza, muito bom até emagreci", entendeu? Aquela coisa né? Mas assim, tem que igual, a mãe tem que ter uma alimentação bacana, pra ela também poder produzir muito leite pra poder ofertar à criança. Que tem mãe que igual eu te falei, não tem essa alimentação e talvez assim, por isso tem essa dificuldade em amamentar. **E10**	1. Orienta sobre a importância nutricional do leite materno. 2. Orienta a ter paciência. 3. Orienta o aleitamento sobre livre demanda. 4. Orienta uma boa alimentação materna para produzir mais leite. 5. Amamentar auxilia a retornar ao corpo pré-gestacional mais rápido.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Caso de insistir mesmo igual eu te falei no início. Amamentar exclusivamente, beber muito liquido pra produzir leite, comer bastante verdura, pra tá tendo essa maior produção de leite e não ter essa coisa falar que o leite tá fraco, que não existe isso é um mito, falar que o leite tá fraco, o meu leite tá pouquinho, às vezes é tá interferindo mais na alimentação. Uma alimentação mais saudável, mais balanceada, com muita verdura, tomar muito liquido, água, pra ajudar e colocar o bebê mesmo pra sugar ali. Se tiver dificuldade né, que o peito tá doendo, falar que tá empedrando, pode vir pra gente ajudar na ordenha mesmo manual, pra ajudar. **E11**	1. Orienta a insistir, colocando o bebê para sugar. 2. Orienta uma boa alimentação e hidratação materna para produzir mais leite. 3. Orienta aleitamento exclusivo ate seis meses. 4. Em caso de dificuldade no aleitamento, procurar a unidade de saúde.
Uai, orientar a gente orienta né? A gente tenta incentivar, fala que é importante e tal. Mas o problema é o seguinte, eu posso falar aqui mil vezes, passou no Fantástico que o NAN é bacana, acabou né? Então não tem jeito, a influência do meio é determinante aí. Então a gente fala e eu até vejo que é difícil cê convencer que o leite materno vai ser suficiente, sabe? Porque pro neném é muito mais fácil cê dar o NAN, o Nestogeno e o aptamil do que pegar o peito o trabalho é muito maior. E pro próprio desenvolvimento do neném mesmo, aí é o condicionamento, pô, se eu posso ter um leitinho ali mais fácil, sem fazer força, é claro que o neném vai pegar. E aí a mãe aproveita, que é "já amamentei um tempinho e tal", e aí elas partem mais pro aleitamento misto mesmo. Tem alguns que mantem aí, mas o aleitamento exclusivo mesmo, é quase nenhum. Até uns dois meses ainda vai, chegou três, quatro meses já entra com complemento mesmo, mesmo a gente falando... **E12**	1. Orienta sobre a importância do leite materno. 2. As orientações da mídia, mesmo que inadequadas, tem mais valor do que a orientação feita pela equipe de saúde. 3. É difícil convencer que o leite materno é melhor porque é mais fácil dar mamadeira. 4. Amamentar é trabalhoso. 5. São poucas as mulheres que mantém o aleitamento exclusivo até os seis meses.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Ah, eu oriento pra todo mundo pra amamentar que é muito bom. (Risos) Aqui a gente tem grupo, eu falo, a gente sempre fala nos grupos a importância do aleitamento materno, e a gente percebe no posto mesmo, criança que não é amamentada eles vive aqui, tem asma, tem não sei o que, todo dia tá doente, ao contrário daqueles que mamam no peito. [...] E eu geralmente falo isso, oriento mesmo, se eu vejo que tá grávida na minha área aí oriento, se não tá conseguindo a gente leva a enfermeira, a gente chama no posto. Vai ensina, mostra, fala, muitos, algumas não adianta, mas eu procuro, eu oriento bem. A gente fala pelo menos, no mínimo até seis meses, porque o que a gente vê aqui é que tem gente que já sai da maternidade e já taca mamadeira nos bichinhos. Então assim, até mesmo, a gente fala até mesmo pela condição financeira, porque pra cê dá um leite similar, esses NAN, essas coisas é caro! E elas não tem condição, elas taca leite de vaca nos bichinho, Então assim, a gente orienta tanto pelo benefício pra criança como pelo benefício financeiro também. **E13**	1. Orienta que amamentar é bom. 2. A criança que não é aleitada adoece constantemente. 3. Quando há dificuldade no aleitamento, a mulher é encaminhada para a enfermeira. 4. As mulheres oferecem leite de vaca precocemente porque não tem condição de comprar os complementos prescritos.
[...] Tudo isso a gente já orienta no pré-natal, a preparação da mama, pra ela não dá fissura, o desconforto né? Da dor das primeiras mamadas, então a gente faz isso muito nos grupos. [...] Então a gente faz a palestra aqui na unidade e a gente também faz essas orientações principalmente de postura na residência. Por quê? Pode ser que a postura, o móvel que ela tem em casa não é compatível aquilo que a gente orientou aqui. "Cê senta no sofá, cê aconchega o neném na almofada", cê chaga lá não tem sofá, não tem almofada e não tem nada. **E14**	1. Orienta no pré-natal. 2. Orienta o cuidado com as mamas e sobre a dor na primeira mamada. 3. Orienta sobre a postura para amamentar na residência, dentro da realidade de cada mulher.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Geralmente eu já começo orientando desde da gravidez. Eu explico, como eu já sou mãe, então fica mais fácil para explicar para as mães. Tem que colocar o seio para tomar banho de sol, que quando não tem como tomar banho de sol, que elas façam massagens no bico, para poder já fazer o biquinho quando é primeiro filho. Ensino que quando o bebê já mama no hospital tem que enfiar a auréola todinha, [...] Mas aí eu oriento quanto a questão de que o primeiro leite, é o leite que vai dar mais força pro bebê, que é o leite que vai dar mais, vai fazer com que ele produza mais, tenha mais anticorpos, né, e que ela deixe o neném mamar o tempo todo necessário, até que ele largue, que ele solte o peito, porque costuma ser o leitinhozinho do final é que vai ajudar a sustentar, que tem mais gordura e que vai sustentar ele, no decorrer do tempo. E outra coisa elas falam assim, que falam que tem que amamentar de 3 em 3 horas, e quando tá no inicinho, o ideal que se amamente todas as vezes que o bebê quer, porque o estômago deles é bem pequenininho, eu falo em uma linguagem bem tranquila, porque o estômago deles é pequenininho , e a medida que eles mamam, eles gorfam também e acaba que eles vão ter fome com mais, com menos tempo, e não dá para esperar essas 3 horas para estar amamentando novamente. Eu oriento a não dar chá, não dar água, porque não tem necessidade de dar. Ah, porque minha vó dava chá mas, eu falo o leite tem tudo, não tem necessidade, ah, mas o bebê, a minha vó fala que a moleirinha fica pulando é que tá com sede e eu digo não, não é não. O leite já tem água necessária. Se fica dando água, fica achando mais fácil tomar na colher que sugar o seio. **E15**	1. Orienta no pré-natal. 2. O fato de ser mãe facilita a orientação. 3. Orienta o cuidado com as mama e sobre a pega correta. 4. Orienta sobre as fases do leite e sobre a sua composição. 5. Orienta o aleitamento sobre livre demanda. 6. Utilizar uma linguagem coloquial facilita o entendimento das orientações. 7. Orienta a não introduzir chá ou água pois pode prejudicar o aleitamento.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Igual eu te falei: aqui no posto eu não tenho muito contato com elas em relação a isso. Tenho várias funções aqui dentro, ficar na farmácia, tirar ponto, tenho várias funções. Aqui fica com a enfermeira, no caso palestras que tem, as consultas, né, com a médica e com a enfermeira. No caso elas que passam, infelizmente não tenho muito contato assim com elas muito próximo. É muito raro. **E16**	1. A orientação sobre o aleitamento é uma ação prioritária da enfermeira e da médica, ficando o técnico de enfermagem com outras atribuições.
Então, eu falo que o aleitamento materno exclusivo seis meses, sabe? Seis meses, depois ele pode introduzindo a água, depois introduzindo as comidinhas pastosas, e depois né? A sopinha, vem entrando devagarinho até mesmo pro neném não ter muita cólica. Um legume e uma carne de cada vez por semana, mas eu sempre falo do aleitamento exclusivo até seis meses né? Que é importante. E é isso. **E17**	1. Orienta o aleitamento materno exclusivo até seis meses. 2. Após seis meses, introduzir frutas e papa salgada.

Quadro 9 - A orientação sobre aleitamento materno realizada pelos profissionais de saúde.

Expressão Chave	Ideia Central
Primeira coisa quando eu vou atender, eu não oriento antes de ver. A primeira coisa, eu peço pra ela dar de mamá na minha presença e sem falar nada. Na hora que ela coloca pra mamar eu presto atenção, quando está fazendo, se tiver tudo certo, aí eu já explico: "olha você tá fazendo isso, tá certinho", que aí eu gosto muito de falar pra elas assim oh: "na hora que você for posicionar sempre coloca barriga do neném e barriga da mãe, nessa posição vai dar certinho e o neném não vai pegar o bico de uma forma errada, quando pega de forma errada vocês não dão conta que vai ferir", aí eu explico toda a verdade. Quando elas estão, que já coloca o neném na posição errada, aí vai ser muito mais fácil pra eu já falar pra ela e colocar o neném na posição certa. A primeira coisa que eu faço é isso. Eu não dou orientação antes de ver como ela que está fazendo. Eu prefiro ver e estar orientando. Valorizar o certo dela e corrigir o que tá fazendo errado, sempre eu faço é isso. E também eu explico também sobre o fato de às vezes o neném parar, igual eu falo pra ela: "ele parou não é porque ele tá satisfeito não, porque o queixinho dói", aí elas falam: "ah porque eu achava e tal que ele não queria mais", aí eu: "não". E também eu sempre explico pra elas: "parou, ocê percebe que o peito tá cheio de leite, não passa pro outro não, na próxima mamada ce continua naquele mesmo", aí eu explicando pra ela que o último leite é o que tem a gordura, aquele último leite que sai é que vai dar mais sustentação por mais tempo. Tem mãe que fala: "ah o meu filho mama o tempo todo", mas é por quê? Só mama o primeiro. Aí eu explico pra elas isso tudo, sobre as glândulas, como fazer a massagem, como preparar, aquelas que tem o biquinho muito pequenininho, preparar, aí depois elas vem me falando o resultado positivo. **E18**	1. A orientação só é feita durante a amamentação. Neste momento observa-se o que está correto e o que está incorreto. 2. Orienta sobre as pausas do bebê durante a amamentação. 3. Orienta o cuidado com as mamas. 4. Orienta sobre a última fase do leite.

DSC

IC1: O aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade, sendo avaliado o peso da criança neste período. A manutenção após este período fica entre o que a mulher consegue, até um ano ou até dois anos.

O aleitamento materno eu oriento como a alimentação mesmo. Até os seis meses. Então, eu falo que o aleitamento materno exclusivo seis meses, sabe? A gente fala, orienta que a criança até seis meses não há... não precisa tomar, comer, tomar mais nada a não ser o leite materno. Que é o único alimento necessário pra criança é o leite materno. Até o sexto mês, né? Até pra poder depois do sexto mês ir dando outros alimentos. Eu oriento se possível a mãe dar até os seis meses, só ele. O tempo que ele puder mamá, o tempo que ela puder tiver dando o leite, que é o melhor pro neném. Assim que eu oriento. A gente fala pelo menos, no mínimo até seis meses. Mas aí a gente vai avaliando o ganho de peso da criança junto também, e a gente mantém a importância maior até os seis meses. Depois dos seis meses é o que a mãe puder também, que a gente não pode passar por cima da mãe nisso aí não. Oriento a amamentar no mínimo seis meses, mas de preferência se puder amamentar durante um ano né? E agora também, eles tão falando, que a gente vê, o Ministério da Saúde falar que é até dois anos né? É necessário, mas tem mães que não tem paciência pra isso, pra amamentar o filho até dois anos de idade, mas pelo menos até os seis meses é fundamental que ela amamente o filho até seis meses. (E2, E3, E4, E5, E7, E8, E13, E17)

IC2: A orientação acerca da amamentação inicia no pré-natal ou a partir da observação da mamada. Nas situações aonde o aleitamento é contraindicado, o estímulo ao aleitamento não é realizado.

Geralmente eu já começo orientando desde a gravidez. A gente orienta desde a primeira consulta de pré-natal, eu sempre pergunto né? Se é mãe, se é a primeira gestação, se tem desejo, o que que ela pensa sobre o aleitamento, se é a segunda ou terceira se amamentou os outros filhos, se não eu já pergunto por quê? O que que foi de fator, que dificultou essa amamentação? Tudo isso a gente já orienta no pré-natal. Ah, eu começo no segundo mês da gestação. Na segunda consulta geralmente, né, essas partes assim eu gosto de tá frisando com elas antes do parto, pra quando o bebê chegar já tá incutido ali essa sensação de pontos positivos da amamentação em relação a mamadeira. É lógico, se tiver alguma

contraindicação que nós não vamos ficar fortalecendo esse vínculo, mas todas aquelas que não tem contraindicação eu começo já na segunda consulta de pré-natal, pra tá fortalecendo. Aí começa desde a gestação né? É essa a orientação que a gente vai dando antes e depois da gestação. Primeira coisa quando eu vou atender, eu não oriento antes de ver. A primeira coisa, eu peço pra ela dar de mamá na minha presença e sem falar nada. Na hora que ela coloca pra mamar eu presto atenção, quando está fazendo, se tiver tudo certo, aí eu já explico. Eu não dou orientação antes de ver como ela que está fazendo. Eu prefiro ver e estar orientando. Valorizar o certo dela e corrigir o que tá fazendo errado, sempre eu faço é isso. (E1, E4, E6, E14, E15, E18)

IC3: Para amamentar é necessário ter o desejo e paciência, o que muitas mulheres não tem.

Então que assim, é a mãe mesmo assim ter paciência, entendeu? É uma fase difícil que a gente explica mesmo depois que ganha, é ter um pouco de paciência mesmo. Pra ter paciência, que a mãe tem que ter muita paciência. Mas a gente vê assim que é mais uma falta de paciência mesmo da mãe, que não tem muita paciência. Ter paciência porque na maioria das vezes a mãe não tem paciência, assim. Tem muito a ver com desejo como eu te disse. Se o desejo é muito grande fica mais fácil trabalhar, quando a mãe não tem esse desejo assim, embutido, de amamentar é mais difícil, não é impossível, mas é mais difícil. Dá mais trabalho. (E1, E3, E5, E8, E10)

IC4: Apesar de serem orientadas, as mulheres não mantém o aleitamento materno por seis meses, por ser trabalhoso, por não desejar a gravidez e por aceitar melhor as orientações oferecidas pela mídia acerca dos complementos.

Que aqui a gente tem muita mãe novinha, sabe? Essas gravidez indesejadas, não esperadas, é raro aparecer uma mãe que já tem um marido, já tem uma estrutura, sabe? Mas quando não tem, é muito difícil aí, cê pode esperar que se ela levar a amamentação até o terceiro mês é muito, quarto mês. E aí elas pegam pra si, mas nem todas podem por em prática né? Uai, orientar a gente orienta né? A gente tenta incentivar, fala que é importante e tal. Mas o problema é o seguinte, eu posso falar aqui mil vezes, passou no Fantástico que o NAN é bacana, acabou né? Então

não tem jeito, a influência do meio é determinante aí. É difícil cê convencer que o leite materno vai ser suficiente, sabe? Porque pro neném é muito mais fácil cê dar o NAN, o Nestogeno e o aptamil do que pegar o peito o trabalho é muito maior. E aí a mãe aproveita, que é “já amamentei um tempinho e tal”, e aí elas partem mais pro aleitamento misto mesmo. Tem alguns que mantem aí, mas o aleitamento exclusivo mesmo é quase nenhum. Até uns dois meses ainda vai, chegou três, quatro meses já entra com complemento mesmo, mesmo a gente falando... Mas igual eu tô te falando, geralmente a gente vai fazer visita, nos primeiros dias, no primeiro mês dá o leite só do peito, mas depois do segundo mês já não dá mais. O que a gente vê aqui é que tem gente que já sai da maternidade e já taca mamadeira nos bichinhos. Então assim, até mesmo, a gente fala até mesmo pela condição financeira, porque pra cê dá um leite similar, esses NAN, essas coisas é caro! E elas não têm condição, elas taca leite de vaca nos bichinho. (E4, E5, E8, E12, E13)

IC5: O técnico de enfermagem não exerce na sua rotina de trabalho a orientação sobre o aleitamento.

Aqui na unidade eu faço muito pouco, por quê? Porque a gente tem enfermeira, que a nossa equipe é bem completa, tem a médica, tem enfermeira, mas assim quando aparece no meu caso, pra mim orientar, que vem até mim na ausência da enfermeira. Igual eu te falei: aqui no posto eu não tenho muito contato com elas em relação a isso. Tenho várias funções aqui dentro, ficar na farmácia, tirar ponto, tenho várias funções. Aqui fica com a enfermeira, no caso palestras que tem, as consultas, né, com a médica e com a enfermeira. No caso elas que passam, infelizmente não tenho muito contato assim com elas muito próximo. É muito raro. (E5, E16)

IC6: As orientações fundamentam-se em: cuidado com as mamas, valor nutricional do leite humano, importância do leite humano, alimentação materna, a criação de vínculo entre mãe e filho, introdução da alimentação complementar, dentre outros.

Eu explico, como eu já sou mãe, então fica mais fácil para explicar para as mães. Tem que colocar o seio para tomar banho de sol, que quando não tem como tomar banho de sol, que elas façam massagens no bico, para poder já fazer o biquinho quando é primeiro filho. Ensino que quando o bebê já mama no hospital tem que

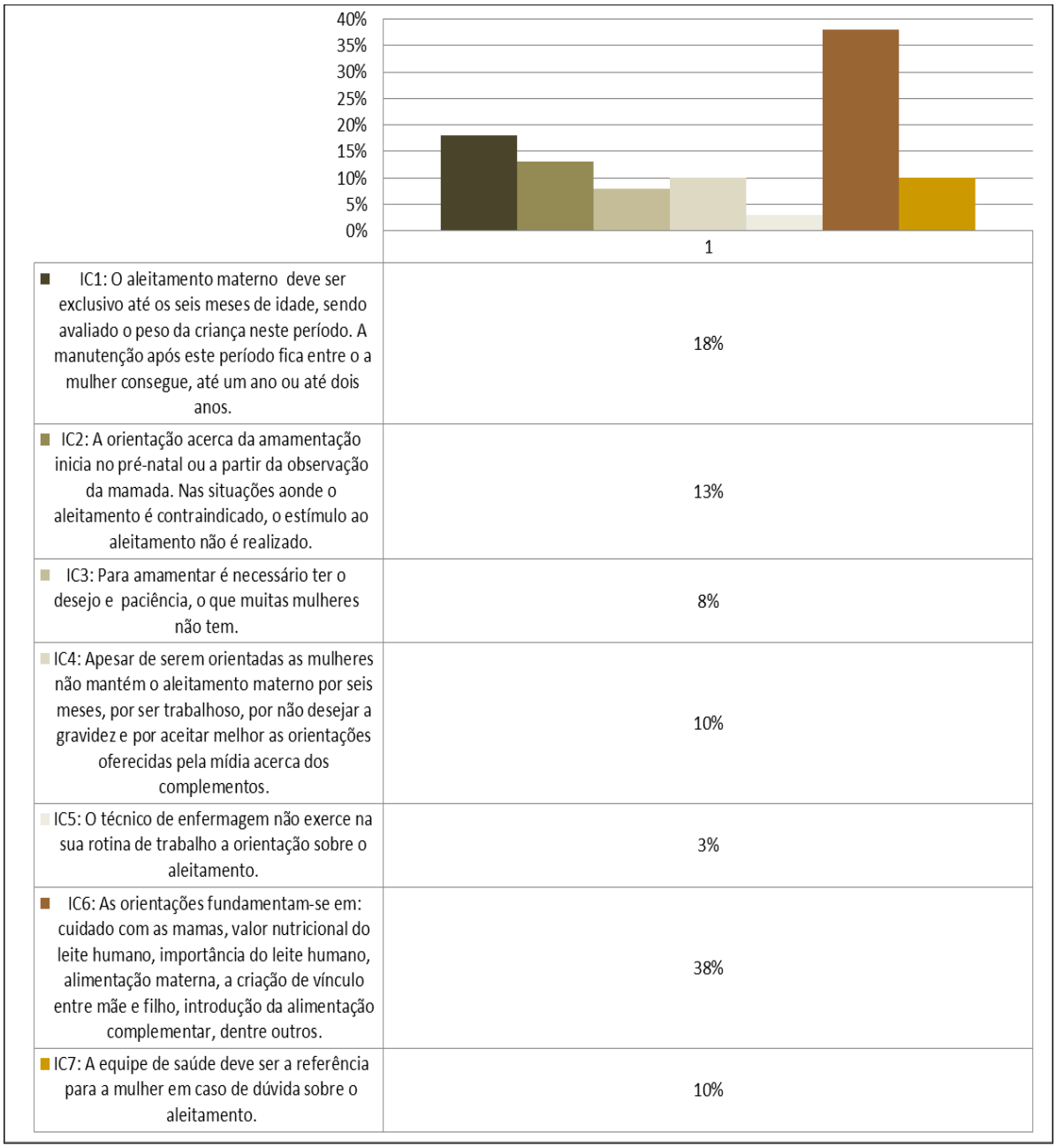
enfiar a auréola todinha que o primeiro leite, é o leite que vai dar mais força pro bebê, que é o leite que vai dar mais, vai fazer com que ele produza mais, tenha mais anticorpos, né, e que ela deixe o neném mamar o tempo todo necessário, até que ele largue que ele solte o peito, porque costuma ser o leitinhozinho do final é que vai ajudar a sustentar, que tem mais gordura e que vai sustentar ele, no decorrer do tempo. Quando tá no inicinho, o ideal que se amamente todas as vezes que o bebê quer, porque o estômago deles é bem pequenininho, eu falo em uma linguagem bem tranquila, e a medida que eles mamam, eles gorfam também e acaba que eles vão ter fome com mais, com menos tempo, e não dá para esperar essas 3 horas para estar amamentando novamente. Eu oriento a não dar chá, não dar água, porque não tem necessidade de dar. Se fica dando água, fica achando mais fácil tomar na colher que sugar o seio. Eu já começo a contar pra ela como ela prepara a mama tomando banho de sol, evitando cremes hidratantes, pra fortalecer o mamilo. Já faço essas orientações. No decorrer da gestação eu continuo fortalecendo. Falando das coisas que são boas, falando que ela vai gastar menos dinheiro, que isso influencia bastante aqui na comunidade, falo do preço da latinha de NAN pra elas, falo da dificuldade de tá lavando a mamadeira, fervendo, esterilizando, do transporte que pode estragar aí o leite. Olha, eu falo que é muito importante, porque o aleitamento o leite assim é exclusivo, a criança não precisa de mais nada ele tem todas as proteínas necessárias para a criança. E assim, oferecendo a criança, olhar como tá as mamas, o bico, se não tá rachado, entendeu? E assim sempre que a criança chorar, ou assim ela mesmo oferecer, assim sem horário, porque criança não tem horário certo, qualquer hora que ela precisar de tá mamando ela vai chorar ou vai pedir. Tendo sempre a mudança né, das mamas quando for oferecer, e no mais é isso mesmo. Tem mãe que já me fala que amou isso, porque ela até emagreceu, e até assim ficou feliz, a mãe tem que ter uma alimentação bacana, pra ela também poder produzir muito leite pra poder ofertar à criança. Caso de insistir mesmo igual eu te falei no início. Amamentar exclusivamente, beber muito líquido pra produzir leite, comer bastante verdura, pra tá tendo essa maior produção de leite e não ter essa coisa falar que o leite tá fraco, que não existe isso é um mito o meu leite tá pouquinho, às vezes é tá interferindo mais na alimentação. E colocar o bebê mesmo pra sugar ali. Ah, eu oriento pra todo mundo pra amamentar que é muito bom. Criança que não é amamentada eles vive aqui, tem asma, tem não sei o que, todo dia tá doente, ao contrário daqueles

que mamam no peito. Bom, a primeira coisa é com relação ao posicionamento do bebê, explicar pra mãe sobre a importância do leite materno, né? O que compõem aquele leite, porque que ele é importante pra criança né? Essa questão do vínculo que ela forma entre mãe e filho. A preparação da mama, pra ela não dá fissura, o desconforto né? Da dor das primeiras mamadas, então a gente faz isso muito nos grupos e a gente também faz essas orientações principalmente de postura na residência. Por quê? Pode ser que a postura, o móvel que ela tem em casa não é compatível com aquilo que a gente orientou aqui. Oferecer o peito, insistir, sobre feridas, a importância do desenvolvimento da criança, tanto cognitivo né, quanto o nutricional. Posicionar sempre coloca barriga do neném e barriga da mãe, nessa posição vai dar certinho e o neném não vai pegar o bico de uma forma errada, "quando pega de forma errada vocês não dão conta que vai ferir", aí eu explico toda a verdade. Ele parou não é porque ele tá satisfeito não, porque o queixinho dói. Parou, ocê percebe que o peito tá cheio de leite, não passa pro outro não, na próxima mamada cê continua naquele mesmo. Aí eu explicando pra ela que o último leite é o que tem a gordura, aquele último leite que sai é que vai dar mais sustentação por mais tempo. Aí eu explico pra elas isso tudo, sobre as glândulas, como fazer a massagem, como preparar, aquelas que tem o biquinho muito pequenininho, preparar, aí depois elas vem me falando o resultado positivo. Oriento que deve ser... observar se o neném tá com fome, se ele chorou tentar colocar o leite do peito fazendo a preguinha, no início é essa coloração meio branquiçada mesmo, depois cê tem que instigar o neném a mamar, pra vir aquele leite mais grosso. Então eu acho que um dos empecilhos maior das mães que amamenta pouco e complementa cedo é achar que a criança fica com fome já tem uma pré... um preconceito já estabelecido na cabeça delas de dar fome, principalmente quando é menino, eu percebo muito isso quando é bebê do sexo masculino. Depois dos seis meses a gente pode além do aleitamento materno pode introduzir algumas outras coisas, tipo: maça, frutas, banana, sabe? Mas não outros leites. Depois ele pode introduzindo a água, depois introduzindo as comidinhas pastosas, e depois né? A sopinha, vem entrando devagarinho até mesmo pro neném não ter muita cólica. Um legume e uma carne de cada vez por semana, mas eu sempre falo do aleitamento exclusivo até seis meses né? Aconselhar ela que o leite materno é necessário, é fundamental pra a criança, e é isso. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E17, E18).

IC7: A equipe de saúde deve ser a referência para a mulher em caso de dúvida sobre o aleitamento.

Se tiver dificuldade né, que o peito tá doendo, falar que tá empedrando, pode vir pra gente ajudar na ordenha mesmo manual, pra ajudar. Se ela tem alguma dúvida, né, pra gente poder tá conversando. Se tiver em dúvida tem que procurar uma orientação com a pessoa que tem mais capacidade para orientar ela, mas aí eu como ACS é mais orientar, “como foi o pré-natal e tal”, e elas sempre comentam. Se não tá conseguindo a gente leva a enfermeira, a gente chama no posto. Vai ensina, mostra, fala, muitos... algumas não adianta, mas eu procuro, eu oriento bem. (E3, E4, E9, E11, E13)

Gráfico 9 - Orientações sobre aleitamento materno realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012.


40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1
IC1: O aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade, sendo avaliado o peso da criança neste período. A manutenção após este período fica entre o a mulher consegue, até um ano ou até dois anos.
18%
IC2: A orientação acerca da amamentação inicia no pré-natal ou a partir da observação da mamada. Nas situações aonde o aleitamento é contraindicado, o estímulo ao aleitamento não é realizado.
13%
IC3: Para amamentar é necessário ter o desejo e paciência, o que muitas mulheres não tem.
8%
IC4: Apesar de serem orientadas as mulheres não mantém o aleitamento materno por seis meses, por ser trabalhoso, por não desejar a gravidez e por aceitar melhor as orientações oferecidas pela mídia acerca dos complementos.
10%
IC5: O técnico de enfermagem não exerce na sua rotina de trabalho a orientação sobre o aleitamento.
3%
IC6: As orientações fundamentam-se em: cuidado com as mamas, valor nutricional do leite humano, importância do leite humano, alimentação materna, a criação de vínculo entre mãe e filho, introdução da alimentação complementar, dentre outros.
38%
IC7: A equipe de saúde deve ser a referência para a mulher em caso de dúvida sobre o aleitamento.
10%

A "*IC6- As orientações fundamentam-se em: cuidado com as mamas, valor nutricional do leite humano, importância do leite humano, alimentação materna, a criação de vínculo entre mãe e filho, introdução da alimentação complementar, dentre outros*" figuraram como a mais verbalizada (38%) pelos sujeitos desta pesquisa.

Esses dizeres sinalizam para as orientações em nível quase que exclusivamente biológico, reproduzindo um discurso que é criticado por vários profissionais, mas que na verdade reifica uma relação entre profissional/mulher, entre o prescrito e o real.

Há que se ter em mente que o pré-natal é o grande palco para a apresentação do AM. Os profissionais de saúde geralmente utilizam esse cenário, muito favorável, para sensibilizar a mulher para o AME. Porém, a sensibilização e a apresentação desse fenômeno não devem acontecer para somente um espectador. Devem-se incluir outros sujeitos na plateia, isto é, devem ser participantes ativos o companheiro, os familiares, os amigos, os vizinhas, enfim, todos aqueles que podem, de uma forma direta ou indireta, oferecer apoio à nutriz no início e manutenção do aleitamento, momentos delicados. Cada um desses sujeitos com a sua especificidade e necessidade diferente de apoio.

Diversos estudos mostram a fragilidade do profissional de saúde para lidar com a orientação do AM. Percebe-se um desconhecimento teórico e prático sobre o assunto, uma dificuldade em lidar com a subjetividade que envolve a orientação do AM e uma dificuldade em trabalhar com a rede social da mulher (CAMPOS et al., 2011; GALVÃO, 2011; CALDEIRA et al., 2011; FUJIMORI, 2012).

Os profissionais de saúde, trabalhadores na atenção primária, precisam conhecer o instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) ao dispor que a promoção do aleitamento nas unidades básicas de saúde, de forma coletiva ou individual deveria contemplar:

1. O benefício para o bebê;
2. O benefício para a mulher e sua família;
3. Desestimular o uso de bicos ou chupetas, chucas, mamadeiras e protetores de mamilos e justificar;
4. Desmistificar culturas populares incorretas ligadas ao AM;
5. Orientar sobre o posicionamento e pega correta do bebê;

6. Orientar o aleitamento sobre livre demanda, enfatizar as fases do leite e a alternância das mamas. Ensinar como amamentar;
7. Orientar como terminar a mamada;
8. Orientar sobre os tipos de mamilos e os cuidados durante a gestação;
9. Orientar a ordenha, armazenamento e administração do leite humano;
10. Orientar o AME, conforme as orientações da OMS;
11. Orientar sobre os problemas mais frequentes decorrentes da amamentação, enfatizando as formas de prevenção e o tratamento normalmente empregado;
12. Informar os direitos da mulher trabalhadora;
13. Informar sobre as legislações que protegem a amamentação;
14. Envolver a família na amamentação e,
15. Expor o papel da UBS no apoio da amamentação.

As expressões chave dos discursos mostram que os sujeitos das UBS´s pesquisadas contemplam as orientações contidas nos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10 e 11 propostas pelo Ministério da Saúde. Em contrapartida, inclui uma orientação não preconizada por este Ministério, no momento da promoção do aleitamento materno, que é a introdução de outros alimentos.

Percebe-se que as orientações estão aquém do prescrito pelo Ministério da Saúde, considerando a abordagem qualitativa (como esta orientação está sendo repassada) e quantitativamente (não contempla todos os temas elencados para a promoção do AM). Há, também, uma divergência nas orientações oferecidas pelos profissionais de saúde acerca do AM, conforme descrito na "*IC1: O aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade, sendo avaliado o peso da criança neste período".* A manutenção após este período fica entre o que a mulher consegue, até um ano ou até dois anos.

Ofertar à nutriz e sua família orientações divergentes fragiliza a relação de confiança na equipe de saúde colocando em risco a manutenção do AM. A orientação do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde é que o aleitamento materno deve ser exclusivo, sendo compreendido como a ingestão de leite materno através da sucção ou ordenha exclusivamente, sem adição de outros líquidos ou sólidos na dieta da criança, com exceção da ingestão de medicamentos, suplementos ou reidratação. O aleitamento exclusivo deve ser realizado por seis meses de idade da criança e após este período deve ser complementados até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2009a).

As situações especiais do lactente, como a prematuridade, gemelaridade, intercorrências clínicas ou outras razões médicas para a interrupção do aleitamento, ou situações especiais da nutriz, como diabetes, hipertensão, disfunção da tireoide, cirurgia de mama, parto cesáreo ou retenção placentária, devem ser avaliadas individualmente e, *a priori,* não é motivo para a interrupção do AME (ALMEIDA, 2010; SANTOS, 2010).

A avaliação da mamada deve ser realizada de maneira sistemática, afetuosa e comunicativa. Para tanto, o Ministério da Saúde, juntamente com a UNICEF, sugerem a utilização do Formulário de Observação da mamada, presente no Manual da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança – módulo 3 (BRASIL, 2009e). A observação da mamada deve considerar o que a mãe e bebê fazem corretamente e elogiar, além de considerar o que a mãe informa. O profissional de saúde deve abordar a mãe a fim de alertá-la sobre as possíveis dificuldades e práticas inadequadas que podem levar a problemas futuros.

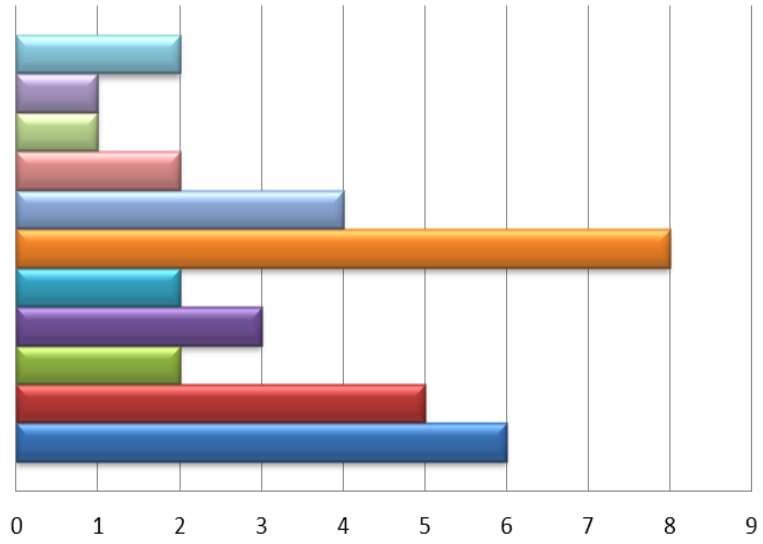
Este novo modelo de abordagem não é facilmente aceito e incorporado pelos profissionais de saúde. Galvão (2011), ao considerar a prática na abordagem do profissional de saúde com o binômio, antes e após um curso de especialização em saúde da mulher, observou que, apesar dos profissionais serem formados para um novo modelo de abordagem para o aconselhamento em AM, eles mantém a dificuldade de comunicação e de respeito ao que a mulher informa, mesmo após a formação acerca do aconselhamento em AM.

Desvela-se, mais uma vez, que possivelmente a formação fragmentada, segmentando o ser humano em partes, órgãos, sintomas e sinais, com hiper valorização do discurso científico afaste o profissional de valorar o discurso do outro, dito de senso comum, popular se não científico.

Com isso, orientar/educar para o aleitamento materno requer do profissional uma mudança de paradigma, com reconhecimento de que a mulher é protagonista do processo de aleitamento, respeitando-a enquanto um ser social ativo, permeado de aspectos culturais e sociais que interferem na sua decisão de amamentar o seu filho. Cabe ressaltar que toda a equipe deve ser envolvida no apoio ao AM, conforme determinações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Para ilustrar, pinçamos dos dizeres dos sujeitos, que orientações são feitas às mães e sua frequência de aparecimento. O aleitamento exclusivo até o sexto mês é a orientação mais frequente seguida pelos benefícios do leite e o posicionamento correto do bebê e como fazer a pega adequadamente.

Gráfico 10 - Frequência dos tipos de orientações sobre aleitamento materno realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012.



Aleitamento sobre livre demanda	2
Desestimula a introdução de água ou chá	1
Desmistifica o chamado "leite fraco"	1
Introdução de alimentação complementar após seis meses de idade	2
Cuidado com as mamas	4
Orienta AME até os seis meses	8
Benefícios para o bebê	2
Benefícios para a mãe	3
Nutrição e hidratação materna	2
Como amamentar: posicionamento e pega do bebê, postura materna, tempo da mamada e oferecer o seio à criança	5
Benefícios do leite humano e sua composição	6

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Desde o pré-natal a gente já começa a falar..[...] Aí a gente fala das complicações, que tem que tomar banho de sol pra prevenir a rachadura, que a rachadura é comum, mas ela passa. É só nos primeiros dias, que a mãe não pode desanimar, que tem que continuar amamentando. A gente orienta a passar o próprio leite pra ajudar a cicatrizar, tomar sol, colocar o bico pra fora mesmo pro peito tomar sol pra fortalecer tanto antes quanto depois né, durante a rachadura. Orientamos da compressa gelada que o peito, nas primeiras semanas o bebê não consegue sugar todo o leite que produz, ele suga pouco e que tem que às vezes tirar um pouco desse leite e desprezar, porque pode empedrar e isso vai trazer complicação, a febre do leite, e uma hora pode regurgitar. [...] Aí ali é tudo sobre o aleitamento, os benefícios, os prós, contras, as complicações aí eu sempre dou pra elas no pré-natal.[...] Orientar a gente orienta muito, mas igual eu tô te falando tem muito a ver com o desejo da mãe, assim, durante a minha trajetória de trabalho eu sempre percebi isso, tem muito a ver com o desejo. **E1**	1. A orientação começa no pré-natal. 2. Banho de sol para prevenir e tratar fissura mamária. 3. Orienta compressa gelada nos seios nas primeiras semanas. 4. Orienta ordenha para evitar ingurgitamento. 5. Se a mulher não tiver o desejo, as orientações não tem sentido. 6. Apesar de apresentar fissura, a mulher não deve desanimar de amamentar.
Dificuldades e complicações são fáceis de resolver. Agora a criança não desenvolver não tem como. Então qualquer dificuldade, mastite, ou dor, ou mesmo o cansaço da mãe, a gente orienta, eu oriento pra passar por cima, porque isso vai passar isso é uma fase da criança. Agora a criança desnutrida vai ter problema a vida inteira. Então a orientação é pra manter, a gente vai dano suporte o que for preciso pra manter. **E2**	1. As complicações fazem parte de uma fase do bebê e são fáceis de resolver.

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Ah é, a gente, eu oriento assim, que é normal né, nos dois primeiros meses de amamentação né? O peito pode ficar irritado, dolorido, mas a gente fala pra a mãe não desistir porque aquilo é um período passageiro que passou desses, no máximo dos dois meses, tem mãe que até antes né? Com um mês ela já tá amamentando normal. Mas continuar dano, é... higienizar o peito só com água não passar produto nenhum, nenhum tipo de creme, pomada, esses negócio, pra não prejudicar também a criança né? É isso. **E3**	1. Ficar com os mamilos irritados e doloridos é normal nos dois primeiros meses de aleitamento. 2. Apesar de apresentar dor e irritação a mulher não deve desanimar do aleitamento.
Aí quando a gente percebe que tá tendo uma dificuldade maior assim que a gente não pode esclarecer, a gente marca uma consulta com a L..., né? Que é a enfermeira daqui da unidade, pra ela tá orientando. Mas a princípio essa orientação já é feita antes, antes mesmo de ganhar o bebê. Nos grupos, panfletos, a gente tem cartazes aqui que são mostrados no grupo. Aí a gente mostra que pode dar ferida, pode dar febre se não tirar o leite na hora certa, pode dar pedra, que vai doer, sobre como segurar o peito certo, amamentar na hora certa pra não ter muito leite. Então quanto a isso elas são bem orientadas. No tempo que eu tô aqui, já tem quase dois anos, não teve nenhuma gestante que falou “ah eu não aguento amamentar porque tá doendo, por causa de ferida, porque o meu bebê não pega”, isso aqui a gente não tem não, elas são bem orientadas. **E4**	1. Quando a mulher queixa de alguma dificuldade, é marcada uma consulta com a enfermeira. 2. A orientação começa no pré-natal e as mulheres são bem orientadas. 3. Nunca ocorreu complicação decorrente do aleitamento na unidade. 4. Pode ocorrer fissura, mastite, ingurgitamento e dor.

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Oh, a dificuldade que mais aparece é na questão de... do bico né? Que é da formação do bico, mas isso a M... ensina muito bem no pré-natal, o que pode ser feito pra formar o biquinho [...] Quando aparece alguma dificuldade, então tá vão lá. (Pausa) Se ela aparece assim questão assim do peito meio endurecido, isso o que que acontece, se não tratar vai virar uma mastite né? É porque o neném não tá amamentando, ela não tá sabendo amamentar o filho. Então ela tem que colocar o menino né? Estimular colocando compressas e a paciência pra poder colocar o neném. Se o bico não for bom mudar a posição de um seio pro outro, amamentar várias vezes no dia e... Porque se não, ela não vai estimular o leite e vai endurecer mesmo e ela vai sentir dor, né? Aí o menino vai ficar chorando, porque ele vai ficar com fome e tudo mais. Tá? **E5**	1. Não apresentar o bico protuso é considerado uma dificuldade. 2. A orientação começa no pré-natal. 3. Se não cuidar do ingurgitamento pode se transformar em uma mastite. 4. O ingurgitamento ocorre porque a mulher não está sabendo amamentar o seu filho e ele ficará com fome.
Eu sempre ensino a pega correta e falo pra elas que se houver mastite, se tiver trincadinho, se tiver dor, pra elas tarem vindo aqui que nós vamos tá fazendo, eh... pontuando as orientações que serão dadas. Mas eu falo também com elas que elas podem tá lavando com água fria, colocando compressa fria, não deixar de amamentar o bebê por causa de uma fissurazinha, de um sangramento, eu sempre oriento a tá fazendo massagem na mama, pra tá fazendo o esvaziamento, caso o bebê tenha mais dificuldade de mamar, pra ela tirar manualmente. Vamos pontuando de acordo com as dificuldades que vão aparecendo. **E6**	1. Quando ocorre alguma complicação, a mulher é orientada a procurar a unidade de saúde. 2. Pode ocorrer fissura, mastite e dor. 3. Orienta compressa fria, massagem na mama e ordenha manual. 4. Apesar de apresentar fissura mamária a mulher não deve desanimar de amamentar.

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Eu oriento sempre a depois de cada amamentação lavar sempre a mama, não deixar o leite, pra evitar irritação, usar sempre uma fraldinha, ou até cortar o absorvente e colocar na mama pra deixar sempre sequinha né? No caso de vazamento e tudo mais, não ficar úmido. Eh... (pausa) é isso, pra prevenção no caso. E se tiver alguma complicação a gente trata a complicação. **E7**	1. Orienta lavar as mamas após as mamadas e manter os mamilos secos. 2. Se houver alguma complicação esta será tratada.
Oh, aqui no pré-natal a M... já orienta muito sobre, antes né, como fazer com a mama, pra quando o neném nascer, né, não ferir tanto, porque geralmente nos primeiros dias feri demais. Mas eu oriento pelo menos assim, que mesmo que tá ferido, que mesmo que tá doendo, pra mãe não deixar de dar mamá não. Porque o começo é assim mesmo, eu já passei por isso eu sei. Dói demais, mas é só nos primeiros dias, pra mãe insistir. E a mãe que não tem bico né? Tem umas que até compra o bico de silicone, teve uma gestante na minha área que comprou e deu certo, então ela amamentou o tempo todo com o bico de silicone, que ela praticamente não tinha. Aí colocava e o neném sugava perfeitamente né? **E8**	1. A orientação começa no pré-natal, para evitar fissura. 2. Apesar de apresentar fissura mamária e dor a mulher não deve desanimar de amamentar. 3. É normal sentir dor nos mamilos nos primeiros dias. 4. Quando a mulher não possui um bico protuso, é indicado usar o bico de silicone.
A gente vai acompanhando né? E fala sobre algumas complicações, a questão da mastite que pode ter às vezes a criança não tem uma boa sucção isso pode acontecer, e aí a gente vai acompanhando e esclarecendo essas dúvidas e vendo no que que a gente pode tá intervindo. Porque essa demanda também parte da própria gestante, da própria mãe, ela traz essa demanda pra gente. **E9**	1. A mastite acontece porque a criança não tem uma boa sucção. 2. As complicações são acompanhadas e tratadas, de acordo com as queixas da mulher.

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Isso, igual eu falo, primeiramente eu vou, quando a mãe né? Ganha a gente vai na casa fazer a visita, orientar primeiro a mãe como que vai funcionar aqui nos primeiros 30 dias, se tiver alguma intercorrência a gente pede pra procurar a maternidade, entendeu? Aí explica a mãe também assim, igual no caso das mamas se tiver necessidade de qualquer coisa pode vir no posto que a gente orienta entendeu? Que igual eu falei, o enfermeiro vai tá orientando, vê o que pode ser feito, a gente também fala daquela parte de colocar sempre assim, as mamas assim de manhã ao sol, pra pegar um sol, é olhar mesmo assim se não tem nenhuma rachadura, entendeu? Nenhuma fissura, como que tá assim o volume das mamas entendeu? E assim qualquer, e até legal isso, eu acho bacana que qualquer dificuldades que elas tem, elas ligam pra gente, chama a gente, eu acho bacana que assim é uma confiança. Mas a gente tá sempre orientando assim das dificuldades, claro sempre dos benefícios, mas querendo ou não tem dificuldades na amamentação, entendeu? **E10**	1. Em caso de intercorrências nos primeiros 30 dias, a mulher deve procurar a maternidade. 2. Se houver alguma complicação com as mamas a mulher pode procurar a UBS. 3. As mulheres costumam ligar para a unidade de saúde em caso de dificuldade, demonstrando confiança.
As dificuldades é dentro disso aí mesmo, “eu tô com dificuldade de amamentar, mesmo por aí né, porque o meu neném chora muito, e ele não vai esperar”, não tem isso, vão colocar, vão insistir. Agora se der problema de peito empedrou mesmo, aquela coisa, uma flebite, uma coisa assim, procurar o serviço de urgência né? **E11**	1. O bebê chorar muito não é uma dificuldade. A mulher deve insistir. 2. Em caso de ingurgitamento ou mastite a mulher deve procurar um serviço de urgência.

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Pois é, a gente faz aqui o seguinte, o protocolo tem de pré-natal né? As consultas direitinho, tem o puerpério que depois que ganhou o neném ela vem, então a gente dá uma pincelada e vê como é que tá, se teve alguma dificuldade, alguma complicação no parto e tal. Aí depois da consulta de puerpério a gente já foca mais no neném mesmo sabe? Aí tem os atendimentos da puericultura do nenenzinho né? Que é todo mês e tal. E aí a mãe mais quando é demanda delas mesmo, tem uma mastite, um troço assim, ou tá tendo um pouquinho de dificuldade pra poder tirar o leite, né, mas não é comum não, a maioria delas levam bem, isso é exceção não tem... é mais caso pontual assim, nada... **E12**	1. Na consulta de puerpério, é dada uma "pincelada" acerca das dificuldades com o aleitamento. 2. As complicações são tratadas de acordo com a demanda da mulher. 3. Não é comum haver complicações ou dificuldades decorrentes do aleitamento.
Como a gente tem grupo, normalmente a gente já orienta no grupo o que pode acontecer. Porque às vezes se não pegar direito pode rachar né? A gente já orienta e orienta também que pra persistir, pra perseverar porque às vezes nem sempre, nem pra todas é fácil, né, no início. Então a gente costuma orientar muito nos grupos e também quando vai na visita domiciliar, né? Eu também costumo falar, às vezes a gente leva a enfermeira junto. E a gente, depois que a gente tem o filho, que é mais às vezes fácil falar da experiência da gente mesmo. Aí eu oriento assim. **E13**	1. A orientação começa no pré-natal. 2. A pega incorreta pode levar a fissura mamária. 3. Apesar de apresentar fissura, a mulher deve insistir porque o começo do aleitamento não é fácil. 4. Quando há dificuldade, a enfermeira avalia as mulheres. 5. Quando a profissional de saúde já é mãe, fica mais fácil de orientar, baseado na sua experiência.

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Geralmente a gente faz essa questão das orientações nos grupos também, porque tudo a gente faz antes dessa mãe começar a amamentar, que ela vai ter algumas dificuldades, ela vai ter dor né, [...] Aí a gente trabalha toda essa orientação em cima da queixa e dessa roda de conversa, que geralmente elas são cheias de dúvidas. E no pré-natal eu dou uma caderneta onde a cada mês ela pode direcionar quais são as dúvidas dela e ela leva pro grupo. Isso tem ajudando muito em relação do aleitamento materno e também os cuidados com o bebê. **E14**	1. A orientação começa no pré-natal. 2. A dor é normal no início do aleitamento. 3. As orientações são baseadas nas dúvidas das mulheres.
Olha, eu explico que quando bebê não, não, quando a mãe dá de mamar e não alterna o seio, um período enche mais que o outro, então assim, costuma dar febre quando o leite não é sugado totalmente, dá febre, dá ínguas. [...] E explico que se o leite empedrar no peito, vai ter que ir pro hospital, vai ter que fazer drenagem, o filho vai ter que ficar na mão dos outros. Então assim, é bem complicado essa questão de não amamentar e as consequências que isso dá ao seio, porque eh, além da febre, da íngua, assim, tem como a gente tá com aquele seio pesado, dolorido, né, aí, oriento também a usar sutiã, acha mais fácil dar de mamar com o peito despencando mas não é bem assim. Né? Porque quando a mulher acaba de ter nenê , o seio fica muito cheio, aí força a coluna, dói o seio. Então, eu sempre oriento a usar sutiã, mesmo que elas reclamem que é mais fácil ficar com seio sem sutiã. **E15**	1. A mastite ocorre porque a mulher não alterna o seio durante o aleitamento, e o leite não é sugado totalmente. 2. Quando ocorre ingurgitamento a mulher fica hospitalizada, tem que realizar drenagem e fica longe do filho. 3. Orienta a utilizar sutiã para o seio não ficar pesado e dolorido.

Quadro 10 - Orientações dos profissionais de saúde à mulher, sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno.

Expressão Chave	Ideia Central
Igual aqui no posto. Geralmente quando elas vem, geralmente quando o neném nasce aqui, a enfermeira vai na casa, né, a primeira consulta, né, a mãe com a criança e já orienta. Algumas vem e falam mesmo: ah eu tô com dificuldade. Ai no caso nem passam por mim não, já vem no caso, aqui tem o acolhimento, é de segunda a quinta-feira e elas já passam pela enfermeira que passa todas as orientações pra elas. Não passam diretamente comigo. [...]Eu encaminho para enfermeira. **E16**	1. As mulheres que apresentam queixas de dificuldade ou complicação são encaminhadas para a enfermeira.
Na realidade a gente quando tem, alguma coisa de mastite, alguma infecção, alguma complicação, a gente sempre tem que encaminhar pro ginecologista, que a gente tem uma referência né? E aí ele vai tratar mastite, vai tratar alguma complicação em relação a isso. [...] Mas no mais, na hora que tem uma complicação mesmo, eu sempre encaminho pro ginecologista e ele vai cuidar. **E17**	1. Quando ocorre mastite ou outra infecção, a mulher é encaminhada para o ginecologista.
É o que eu já até adiantei. Que as complicações é posicionamento errado, que as vezes vai dar lesões no bico mamário, é... as vezes não consegue, eh, igual eu falo pra elas: “quando for dar de mamá, procurar um posicionamento bom pra ela e bom pro neném, e na hora que estiver fazendo desliga de tudo, de telefone, de cozinha, de tudo, de campainha na porta, tudo naquele momento”. Aí eu explico pra elas a vantagem e as desvantagens, porque se elas tá fazendo almoço, pega o neném de qualquer jeito, quando menos espera ela tá no posicionamento errado, fere o bico do peito dela, ela vai sentir dor, ela não vai ter paciência de tá dando de mamá. Aí eu explico essas vantagem e desvantagem, porque dá de mamá é muito prazeroso, tanto pra mãe quanto pro neném, mas tem que ter esse tempo. **E18**	1. A pega incorreta pode levar a fissura mamária. 2. A fissura mamária gera dor na mulher e faz com que ela não tenha paciência para amamentar. 3. Explica as vantagens e desvantagens do aleitamento.

DSC

IC1: A orientação inicia no pré-natal e são baseadas nas dúvidas das mulheres.

Desde o pré-natal a gente já começa a falar, ensina muito bem no pré-natal. Já orienta muito sobre, antes né, como fazer com a mama, pra quando o neném nascer, né, não ferir tanto. Tudo a gente faz antes dessa mãe começar a amamentar. Aí a gente trabalha toda essa orientação em cima da queixa e dessa roda de conversa, que geralmente elas são cheias de dúvidas. E no pré-natal eu dou uma caderneta onde a cada mês ela pode direcionar quais são as dúvidas dela e ela leva pro grupo. Como a gente tem grupo, normalmente a gente já orienta no grupo o que pode acontecer. Mas a princípio essa orientação já é feita antes, antes mesmo de ganhar o bebê. Então quanto a isso elas são bem orientadas. Então quanto a isso elas são bem orientadas. (E1, E4, E5, E8, E13, E14)

IC2: Sentir dor no início do aleitamento é normal. As complicações decorrentes do aleitamento são fáceis de resolver.

Ah é, a gente, eu oriento assim, que é normal né, nos dois primeiros meses de amamentação né? O peito pode ficar irritado, dolorido, que ela vai ter algumas dificuldades, ela vai ter dor, né? Porque o começo é assim mesmo, eu já passei por isso eu sei. Dói demais, mas é só nos primeiros dias. Dificuldades e complicações são fáceis de resolver. Agora a criança não desenvolver não tem como. Então qualquer dificuldade, mastite, ou dor, ou mesmo o cansaço da mãe, a gente orienta, eu oriento pra passar por cima, porque isso vai passar isso é uma fase da criança. (E2, E3, E8, E14)

IC3: Mesmo apresentando complicações ou dificuldades durante o aleitamento, a mulher não deve desistir.

Mas eu oriento pelo menos assim, que mesmo que tá ferido, que mesmo que tá doendo, pra mãe não deixar de dar mamá não. Porque o começo é assim mesmo, eu já passei por isso eu sei. Dói demais, mas é só nos primeiros dias, pra mãe insistir. É só nos primeiros dias, que a mãe não pode desanimar, que tem que continuar amamentando. Não desistir porque aquilo é um período passageiro que passou desses, no máximo dos dois meses, tem mãe que até antes né? Com um mês ela já tá amamentando normal. . Não deixar de amamentar o bebê por causa

de uma fissurazinha, de um sangramento. A gente já orienta e orienta também que pra persistir, pra perseverar porque às vezes nem sempre, nem pra todas é fácil, né, no início. (E1, E3, E6, E8, E13)

IC4: Quando ocorre alguma complicação decorrente do aleitamento, a mulher é orientada a procurar a unidade de saúde, a maternidade, o serviço de emergência ou é encaminhada para outro profissional.

Eu sempre ensino a pega correta e falo pra elas que se houver mastite, se tiver trincadinho, se tiver dor, pra elas tarem vindo aqui que nós vamos tá fazendo, eh... pontuando as orientações que serão dadas. Aí quando a gente percebe que tá tendo uma dificuldade maior assim que a gente não pode esclarecer, a gente marca uma consulta com a enfermeira daqui da unidade, pra ela tá orientando. A enfermeira vai na casa, né, a primeira consulta, né, a mãe com a criança e já orienta. Algumas vêm e falam mesmo: ah eu tô com dificuldade. Ai no caso nem passam por mim não, já vem no caso, aqui tem o acolhimento, é de segunda a quinta-feira e elas já passam pela enfermeira que passa todas as orientações pra elas. Não passam diretamente comigo. Eu encaminho para enfermeira. Eu também costumo falar, às vezes a gente leva a enfermeira junto. E a gente, depois que a gente tem o filho, que é mais às vezes fácil falar da experiência da gente mesmo. Aí eu oriento assim. Orientar primeiro a mãe como que vai funcionar aqui nos primeiros 30 dias, se tiver alguma intercorrência a gente pede pra procurar a maternidade, entendeu? Igual no caso das mamas se tiver necessidade de qualquer coisa pode vir no posto que a gente orienta entendeu? E até legal isso, eu acho bacana que qualquer dificuldades que elas tem, elas ligam pra gente, chama a gente, eu acho bacana que assim é uma confiança. Agora se der problema de peito empedrou mesmo, aquela coisa, uma flebite, uma coisa assim, procurar o serviço de urgência né? Na realidade a gente quando tem, alguma coisa de mastite, alguma infecção, alguma complicação, a gente sempre tem que encaminhar pro ginecologista, que a gente tem uma referência né? E aí ele vai tratar mastite, vai tratar alguma complicação em relação a isso. [...] Mas no mais, na hora que tem uma complicação mesmo, eu sempre encaminho pro ginecologista e ele vai cuidar. (E4, E6, E10, E11, E13, E16, E17)

IC5: A mulher pode apresentar mastite, fissura mamária e ingurgitamento. As orientações e tratamento das complicações são realizadas a partir da demanda da mulher.

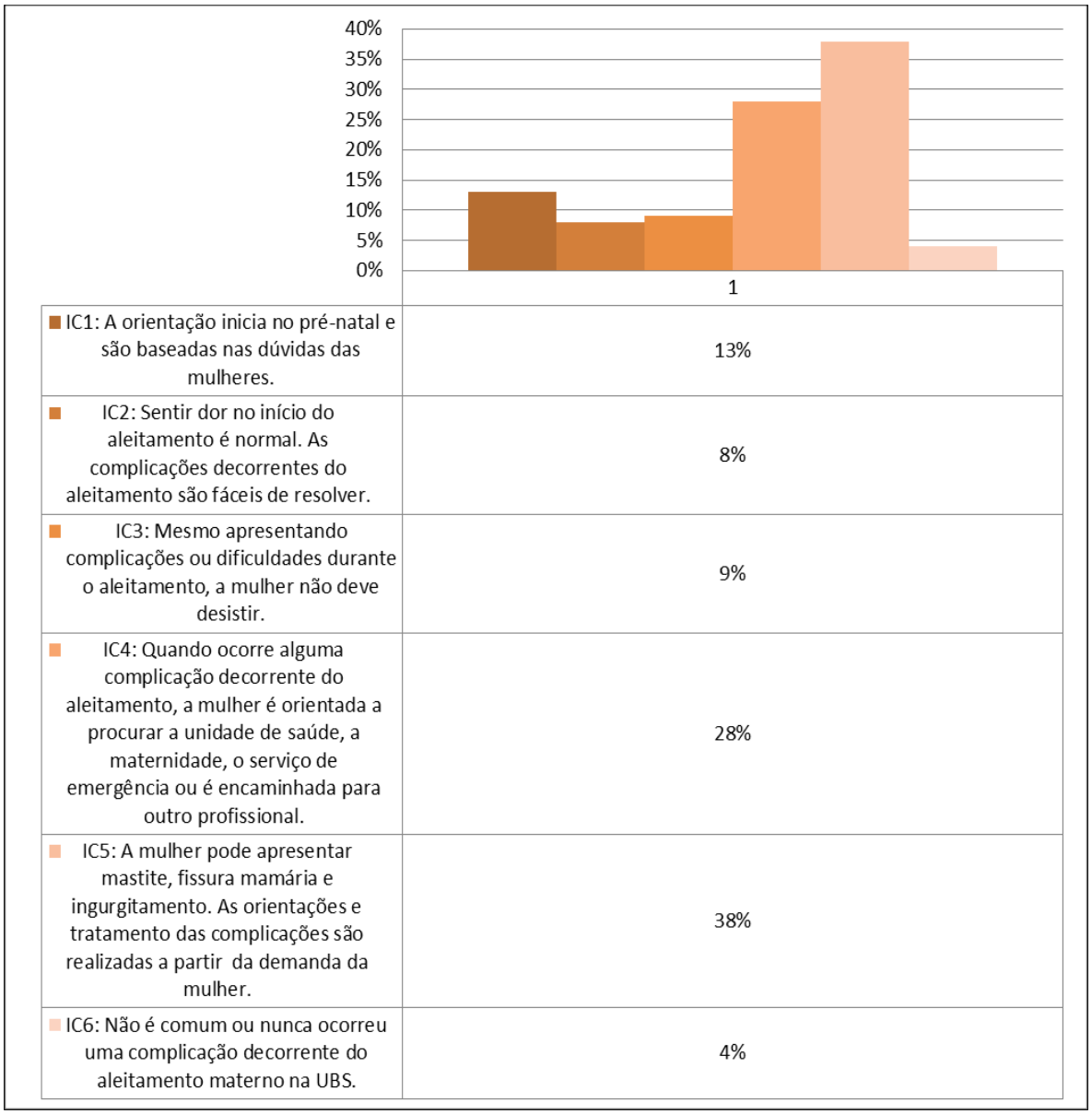
Aí a gente fala das complicações, que tem que tomar banho de sol pra prevenir a rachadura, que a rachadura é comum, mas ela passa. Orientamos da compressa gelada que o peito, nas primeiras semanas o bebê não consegue sugar todo o leite que produz, ele suga pouco e que tem que às vezes tirar um pouco desse leite e desprezar, porque pode empedrar e isso vai trazer complicação, a febre do leite, e uma hora pode regurgitar. Mas eu falo também com elas que elas podem tá lavando com água fria, colocando compressa fria. Aí a gente mostra que pode dar ferida, pode dar febre se não tirar o leite na hora certa, pode dar pedra, que vai doer, sobre como segurar o peito certo, amamentar na hora certa pra não ter muito leite. Porque às vezes se não pegar direito pode rachar né? Eu oriento sempre a depois de cada amamentação lavar sempre a mama, não deixar o leite, pra evitar irritação, usar sempre uma fraldinha, ou até cortar o absorvente e colocar na mama pra deixar sempre sequinha né? É isso, pra prevenção no caso. E se tiver alguma complicação, a gente trata a complicação. Eu sempre oriento a tá fazendo massagem na mama, pra tá fazendo o esvaziamento, caso o bebê tenha mais dificuldade de mamar, pra ela tirar manualmente. Vamos pontuando de acordo com as dificuldades que vão aparecendo. E a mãe que não tem bico né? Tem umas que até compra o bico de silicone, teve uma gestante na minha área que comprou e deu certo, então ela amamentou o tempo todo com o bico de silicone, que ela praticamente não tinha. Aí colocava e o neném sugava perfeitamente né? Oh, a dificuldade que mais aparece é na questão de... do bico né? Que é da formação do bico, Se ela aparece assim questão assim do peito meio endurecido, isso o que que acontece, se não tratar vai virar uma mastite né? É porque o neném não tá amamentando, ela não tá sabendo amamentar o filho. Porque se não, ela não vai estimular o leite e vai endurecer mesmo e ela vai sentir dor, né? Aí o menino vai ficar chorando, porque ele vai ficar com fome e tudo mais. Olha, eu explico que quando bebê não, não, quando a mãe dá de mamar e não alterna o seio, um período enche mais que o outro, então assim, costuma dar febre quando o leite não é sugado totalmente, dá febre, dá ínguas. E explico que se o leite empedrar no peito, vai ter que ir pro hospital, vai ter que fazer drenagem, o filho vai ter que ficar na mão dos outros. Então assim, é bem complicado essa questão de não

amamentar e as consequências que isso dá ao seio, porque eh, além da febre, da íngua, assim, tem como a gente tá com aquele seio pesado, dolorido, né, aí, oriento também a usar sutiã, acha mais fácil dar de mamar com o peito despencando mas não é bem assim. Que as complicações é posicionamento errado, que às vezes vai dar lesões no bico mamário. Aí eu explico pra elas a vantagem e as desvantagens, porque se elas tá fazendo almoço, pega o neném de qualquer jeito, quando menos espera ela tá no posicionamento errado, fere o bico do peito dela, ela vai sentir dor, ela não vai ter paciência de tá dando de mamá. Aí eu explico essas vantagem e desvantagem, porque dá de mamá é muito prazeroso, tanto pra mãe quanto pro neném, mas tem que ter esse tempo. A gente vai acompanhando né? E fala sobre algumas complicações, a questão da mastite que pode ter às vezes a criança não tem uma boa sucção isso pode acontecer, e aí a gente vai acompanhando e esclarecendo essas dúvidas e vendo no que que a gente pode tá intervindo. Porque essa demanda também parte da própria gestante, da própria mãe, ela traz essa demanda pra gente. As dificuldades é dentro disso aí mesmo, “eu tô com dificuldade de amamentar, mesmo por aí né, porque o meu neném chora muito, e ele não vai esperar”, não tem isso, vão colocar, vão insistir. Pois é, a gente faz aqui o seguinte, o protocolo tem de pré-natal né? As consultas direitinho, tem o puerpério que depois que ganhou o neném ela vem, então a gente dá uma pincelada e vê como é que tá, se teve alguma dificuldade, alguma complicação no parto e tal. Aí depois da consulta de puerpério a gente já foca mais no neném mesmo sabe? E aí a mãe mais quando é demanda delas mesmo, tem uma mastite, um troço assim, ou tá tendo um pouquinho de dificuldade pra poder tirar o leite, né? Orientar a gente orienta muito, mas igual eu tô te falando tem muito a ver com o desejo da mãe, assim, durante a minha trajetória de trabalho eu sempre percebi isso, tem muito a ver com o desejo. (E1, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E15, E18)

IC6: Não é comum ou nunca ocorreu uma complicação decorrente do aleitamento materno na UBS.

Mas não é comum não, a maioria delas levam bem, isso é exceção não tem... é mais caso pontual assim, nada.. Não teve nenhuma gestante que falou “ah eu não aguento amamentar porque tá doendo, por causa de ferida, porque o meu bebê não pega”, isso aqui a gente não tem não, elas são bem orientadas. (E4, E12)

Gráfico 11 - Orientações sobre as dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento materno realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012.


40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1
IC1: A orientação inicia no pré-natal e são baseadas nas dúvidas das mulheres.
13%
IC2: Sentir dor no início do aleitamento é normal. As complicações decorrentes do aleitamento são fáceis de resolver.
8%
IC3: Mesmo apresentando complicações ou dificuldades durante o aleitamento, a mulher não deve desistir.
9%
IC4: Quando ocorre alguma complicação decorrente do aleitamento, a mulher é orientada a procurar a unidade de saúde, a maternidade, o serviço de emergência ou é encaminhada para outro profissional.
28%
IC5: A mulher pode apresentar mastite, fissura mamária e ingurgitamento. As orientações e tratamento das complicações são realizadas a partir da demanda da mulher.
38%
IC6: Não é comum ou nunca ocorreu uma complicação decorrente do aleitamento materno na UBS.
4%

Todas as mulheres estão sujeitas às dificuldades e complicações decorrentes do aleitamento. A prevenção é a melhor ferramenta para que a dificuldade não se torne uma complicação. Essa prevenção se realiza através da orientação e do acompanhamento constante da nutriz pelo profissional de saúde.

O pré-natal é um momento propício para realizar as ações educativas do AM. Nesse espaço, a orientação e o estímulo para o AME realizado com a gestante e sua família durante o pré-natal interfere positivamente na sua manutenção

(VOLPINI E MOURA, 2005; CARRASCOZA et al., 2011; SILVA et al., 2009; DEMÉTRIO, PINTO E ASSIS, 2012).

Entretanto, o pré-natal não se constitui em o único momento para a educação da mulher e familiares relativas ao AM. Tão importante quanto orientar no pré-natal sobre o que pode ocorrer, é acompanhar o que está acontecendo e intervir precocemente para que a dificuldade ou a complicação não se agravem. A mulher deve ser acompanhada no puerpério imediato, tardio e remoto (TAMEZ, 2010; SILVA et al., 2009; BRASIL, 2009a; MINAS GERAIS, 2012b).

A dor, por exemplo, no início do aleitamento pode ser considerada normal, se for discreta e moderada e se não perdurar por mais de uma semana. Do contrário, não pode ser considerada normal e deve ser investigada, pois se configura como um risco para o desmame precoce (BRASIL, 2009a; MINAS GERAIS, 2012b; SILVA et al., 2009).

As complicações mais comuns apresentadas pelas mulheres são: fissura/trauma mamilar, ingurgitamento mamário e mastite. Muitas vezes as complicações não são fáceis de resolver e compreendem um risco para o desmame precoce. Volpini e Moura (2005) identificaram no estudo realizado que 7,7% das causas para o desmame precoce estão relacionadas à doença materna, decorrente das complicações do AM. Portanto, é fundamental prevenir a ocorrência das complicações.

O aleitamento materno deve ser sempre encorajado, mas deve respeitar a dor da mulher. Buscam-se alternativas simples como oferecer o seio com menor lesão primeiro ao lactente, visando a preservação do seio com maior lesão. Em casos específicos a sucção ao seio materno pode ser suspensa, mas deve manter o AM através da ordenha do leite materno (BRASIL, 2009a; MINAS GERAIS, 2012b).

A Equipe de Saúde da Família é estruturada para atender às demandas não programadas, visando à resolução do caso ou o encaminhamento para sua resolução. Neste espaço, é possível criar uma participação democrática entre trabalhadores e usuários, buscando um bem comum. Assim, é o melhor espaço

para criar uma rede de apoio ao AM, considerando que além de ser a porta de entrada para os usuários do serviço de saúde, é palco para o desenvolvimento da cidadania (OPAS/OMS 2011b; BRASIL, 2009f).

Devido a isso, os profissionais de saúde da ESF devem estar preparados para atender técnica e culturalmente as demandas da nutriz e sua família, evitando ao máximo o encaminhamento desnecessário. Quando esta mulher, fragilizada, não obtém uma resposta satisfatória e acolhedora para a dificuldade que está enfrentando naquele momento, pode optar por ceder às pressões sociais e realizar o desmame precoce.

A partir dos estudos realizados, não foi possível perceber a ocorrência, ou melhor, a ausência de ocorrências referentes às dificuldades e complicações decorrentes do AM. Todavia, este é um relato novo que pode sugerir em duas situações: 1) As orientações estão sendo muitíssimo bem realizadas a ponto de não haver ocorrências decorrentes das dificuldades ou complicações do AM, ou, 2) Os profissionais não estão percebendo as dificuldades existentes para fazer um acompanhamento correto dos casos emergidos da comunidade.

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame.

Expressão Chave	Ideia Central
Com seis meses a gente orienta igual o Ministério da Saúde: exclusivo no peito se possível e que aos poucos com seis meses já começa a introduzir primeiro os sucos e frutas né? Eu sempre falo pra dá uma fruta de cada vez. Não adianta cê começar ter alimentação mista, nunca comeu nada, essa criança vivia até no peito até quatro meses, a mãe vai ter que trabalhar, vai ter que começar a dar outros alimentos se a mãe não quer tirar o leite pra guardar pra criança, e também não é fácil fazer ordenha e guardar leite, é difícil, eu sei que eu já tentei fazer isso e é difícil ordenhar leite pra ficar dez horas pra criança tomar três vezes ao dia, né? Ai a gente, eu sempre, eu e a A... orientamos primeiro os sucos, as frutas, as papinhas de fruta amassadinha, uma fruta por vez pela primeira vez pra saber se a criança vai dar alergia aquele alimento, a gente nunca orienta dar duas pela primeira vez, porque cê não vai saber qual que deu alergia. Nas semanas consecutivas, depois de ter começado com os sucos e as frutas, o alimento, a papinha de sal, que é com pouco sal, uma verdurinha, que é abobora, batatinha, um caldinho de feijão e depois introduzindo também um pouco carninha, frango, a carne de boi desfiadinha nessa papinha né? Ai vai desmamando aos poucos. Mas esse desmame já acontece, a maioria trabalha como eu te falei... **E1**	1. Orientação de acordo com o Ministério da Saúde: inicia com sucos e frutas. E aos poucos introduzir a papa salgada. 2. Orienta uma fruta e um alimento por vez, para avaliar se a criança terá intolerância a algum alimento. 3. O desmame acontece aos poucos, à medida que a criança come outros alimentos.
O desmame a gente vai introduzindo as refeições né? Tem as cinco refeições diárias ai, conforme as refeições da família. Então a gente mantém pra começar a fazer o desmame, mantém o aleitamento como as refeições principais, e vai introduzindo outros tipos de alimentos entre as refeições principais até uma substituição total. Mas mantém o aleitamento como refeição principal, café da manhã, almoço e jantar. **E2**	1. O desmame acontece aos poucos, à medida que a criança come outros alimentos. 2. Mantém o aleitamento como refeição principal e introduz outros alimentos nos intervalos.

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame.

Expressão Chave	Ideia Central
Oh, o desmame assim, de preferência quando a mãe quer desmamar o filho, (risos) é meio complicado essa situação, porque ela tem que evitar ficar muito perto da criança né? Assim, sempre que a criança procurar o peito ela caçar outro jeito, outra coisa pra distrair a criança, dum jeito que a criança, que ela vê que a criança não sente. Porque tem muita criança que sente quando sai do peito fica até desidratado assim, meio assim, ele deve sentir desprezado que a mãe dele tá querendo tirar uma coisa que é dele. Mas com jeito ela consegue tirar, mas tem que ter tempo e paciência também pra acontecer isso. Que não é fácil, quando ele deixa por si é tudo mais fácil, né? Agora pra tirar é mais difícil. **E3**	1. A mãe tem que evitar o filho para desmamar. 2. A mãe deve desmamar com cuidado pois senão a criança pode se sentir desprezada.
Depende. É mais com a enfermeira também. [...] Mas pelo fato dela tá pegando a mamadeira pra mamar durante o dia, ela já vai desapegando do peito, não tem mais aquele contato assim, [...] aí eu marquei uma consulta pra ela vim com a enfermeira e a enfermeira orientar ela né? Se tem algum outro leite que pode tá sendo substituído, o NAN né? Essas coisas pra ela não deixar ela sem nada, não introduzir leite normal nela já agora né? [...] Porque essas coisas, cê passar uma informação, igual assim eu não posso falar assim "não faz!", porque ela tem que trabalhar, e eu também não posso falar "dá leite de vaca pra ela com Mucilon que vai resolver o problema", então a gente orienta a ter uma consulta com a enfermeira mesmo pra enfermeira tá orientando ela melhor. **E4**	1. Encaminha a mulher para ser orientada pela enfermeira. 2. Ao tomar mamadeira durante o dia, a criança sente menos falta do aleitamento. 3. Ao desmamar deve-se introduzir outra fórmula láctea e não deve introduzir o leite de vaca.

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame.

Expressão Chave	Ideia Central
O desmame? (Pausa) Vai ser aos poucos né? Quando a criança ela chega no quinto pro sexto mês ela já começa a entrar com outros alimentos. Ou seja, vai introduzir outros alimento na alimentação, vai passar a dar uma sopinha, diminuir às vezes as quantidades da mamada, evitar o uso de muita mamadeira durante a noite, colocar como se fosse uma alimentação mesmo, dar o leite assim em questão de intervalos e acrescentar o almoço, dar um caldinho uma sopa, no jantar também, pra tirar essas questão da amamentação mesmo, pra tirar o leite, evitar dar mamá a noite. **E5**	1. O desmame acontece aos poucos, à medida que a criança come outros alimentos. 2. A introdução de outros alimentos inicia no quinto mês de vida da criança. 3. Oferecer o leite materno nos intervalos das refeições. 4. Deve-se evitar aleitar à noite.
O desmame sendo uma mãe que fica em casa, que não vai trabalhar rápido, nós começamos ao sexto mês, se tiver necessidade começa um pouco antes, no quarto mês, nós iniciamos com a papinha doce né? Um mamão, uma maçanzinha raspadinha, depende também do hábito intestinal da criança. E depois os suquinhos e mais pra frente nós vamos iniciar a papa salgada.[...] Aproximadamente um mês de intervalo entre um e outro pra criança ir adaptando. **E6**	1. Inicia ao sexto mês, quando a mãe é dona de casa. 2. Quando a mãe trabalha, inicia quando ela solicita. 3. Inicia com a introdução de papa doce, depois introduz as frutas e posteriormente a papa salgada. Orienta dar um intervalo de um mês entre cada grupo de alimento para a criança se acostumar.
Como oriento pra realizar o desmame? (pausa) Eu oriento a dar um pouco da amamentação e daí tá introduzindo outros alimentos juntos né? E não tirar de uma hora pra outra, ir diminuindo gradualmente, e introduzindo outros alimentos na dieta. **E7**	1. O desmame acontece aos poucos, à medida que a criança come outros alimentos.

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame.

Expressão Chave	Ideia Central
O desmame? (Risos) É igual eu te falei, tem mãe que para no segundo mês já não tá dando nada. Agora tem umas, que é poucas né? Que o menino tá com dois anos já e ela tá dando mamá ainda, mas assim, igual eu tô te falando são poucos casos assim né? Então assim eu nem oriento muito sobre o desmame, que quando eu vou ver já não tá mamando mais, já desmamou. Só tá no leite de peito né, só no leite de peito, aí quando vai dando uns cinco, seis meses a mãe já tá introduzindo alimentação mesmo, papinha, suquinho, essas coisas né? [...] Então assim, sobre o desmame, praticamente não faço orientação não. **E8**	1. Não realiza orientação sobre desmame.
Eu oriento sempre procurar a gente, enfermeiro ou médico da unidade, ou pediatra, né? E comunicar se ela tem desejo ou não de tá inserindo outra medicação, é... outra alimentação, porque aí a gente vai ver a melhor opção pra ela dentro das condições dela, né? E vendo também a possibilidade de tá entrando com um suplemento pra criança. A gente sempre deixa isso bem esclarecido pra mãe, nunca inserir um outro alimento antes de comunicar com a gente, pra gente tá orientando. **E9**	1. Orienta a procurar um profissional de saúde (enfermeiro, médico ou pediatra). 2. A mulher deve expressar o desejo de introduzir outra alimentação. 3. A orientação baseia-se nas condições da mulher.
O desmame. Olha... em questão do desmame eu vou te falar a verdade. Olha eu assim, eu até que eu nunca orientei, falar a verdade e já orientei muito do aleitamento mas do desmame, pra ser sincera pra você eu nunca orientei, agora cê me pegou. Nunca orientei. Acaba que pelo que eu vejo mesmo é a mãe que vai inicia né? Começa a trabalhar, aí querendo ou não a criança começa né, a ter assim a tomar outro tipo de leite entendeu? Com o tempo outro tipo de alimentação, papinhas, chazinho e acaba eu acho que no decorrer disso acaba que a criança vai mesmo largando né? O aleitamento. **E10**	1. Não realiza orientação sobre desmame. 2. O desmame acontece aos poucos, à medida que a criança come outros alimentos.

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame.

Expressão Chave	Ideia Central
Ah isso aí eu não, sinceramente eu não tenho uma resposta, porque eu vivo isso. As pessoas falam comigo entra num ouvido e sai no outro. Eu não tenho coragem de falar isso. [...] Ainda não teve não. Ninguém chegou pra mim perguntar a respeito de "não vou dar mais mamá pro meu bebê, o que que eu faço?", ainda não tive essa experiência não. Mas se eu tiver eu vou ter que trabalhar, sentar conversar com o R..., o que que eu posso tá junto com ele passando pra paciente, porque eu não tenho essa resposta pra dar pra mãe não. Que é um momento muito intenso, é muito bom, né? Ainda que seja poucas horas do dia se a mãe puder tá ali com o filho. **E11**	1. Não realiza orientação sobre desmame.
Pois é, o desmame aqui é um negócio até paradoxal, a gente fala que o aleitamento é difícil manter, mas tem umas que se for no morro ali, cê vai ver que tem menino de dois anos e meio mamando ainda, até hoje. Então a gente fala oh, depois de um ano, até os seis meses pode dar sem restrição e tal, beleza, de seis meses até um aninho a gente fala, "oh já tá na hora de introduzir outras coisas aí, né? pra melhorar o desenvolvimento e tal", depois de um ano em geral eu falo pra tirar sabe? Lógico que você não vai tirar de uma vez, "oh não pode mais e tal", a gente vai orientando pra ir diminuindo gradativamente, e tal. Mas tem mãe que, algumas tem uma aqui que o menino dela tem dois anos e três meses, eu já falei "pô tira esse menino do peito, seu menino tá com baixo peso", e o pessoal não... As é difícil pra eles entenderem a dificuldade de compressão é um negócio ruim, mas em geral assim, como regra, o menino completou um aninho a gente já fala que tá na hora de tirar. **E12**	1. O desmame acontece aos poucos, à medida que a criança come outros alimentos. 2. Deve-se desmamar quando completa um ano.

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame.

Expressão Chave	Ideia Central
Eu acho que eu nunca orientei pra realizar desmame não. Sinceramente eu não. Normalmente quando elas falam com a gente já desmamou, então não tem assim. A não, teve um caso esses dias que a criança já é, não tava comendo aí ela já tinha dois anos, aí o médico já falou: "não! Pode tirar", porque ela só tava viciada no peito, e ela tava até baixo peso, porque naquela idade também a mãe já tava sequinha já, então aí nos orientamos e tudo pra tirar, mas foi um caso só. Normalmente elas tiram antes dos dois anos que é o que a gente recomenda né? Se possível até dois anos, mas geralmente elas tiram, as que perseveram tiram antes dos dois anos. **E13**	1. Não realiza orientação sobre desmame. 2. As mães desmamam antes dos dois anos de idade.
A gente orienta em cima do protocolo que o município tem né? Que é o desenvolvimento e avaliação do crescimento da criança. Então a gente tem aí a Dra. D... que dá um suporte em relação a isso, as orientações alimentares, e geralmente a mãe fala com a gente: "eu vou começar a trabalhar tal mês" na puericultura a gente orienta, a gente já tentou fazer esse grupo de desmame, mas não funciona, porque a mãe ela tem muita coisa, ela tem o bebê em casa aí geralmente ela não vem. A gente tentou fazer, mas não tem, aí essa orientação é feita em cima das puericulturas mesmo. A gente começa a inserir a fruta, a papinha, o suco, de acordo com a necessidade da mãe, porque a gente tem mãe que retorna a trabalhar no quarto mês, porque ela tirou um mês antes e aí já tem que inserir alimentação mista nela, então depende da... e é feito na puericultura. **E14**	1. A orientação acontece de acordo com o protocolo municipal. 2. A orientação é feita na puericultura. 3. Insere fruta, papa e suco, de acordo com a necessidade da mãe. 4. A orientação é feita de acordo com a necessidade da mãe.

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame.

Expressão Chave	Ideia Central
Normalmente, quando elas falam que vai desmamar, já demamou, né? Mas a gente sempre fala assim que tem que iniciar dando papinha de fruta, suco de fruta, e aos poucos ir dando almoço, para depois quando já tá com mais de 6 meses, começa a dar janta, e assim, a comida em si pode , eu peço para fazer a comida mais separada, por que, com menos condimento, e ai, depois que está com mais de um ano,é que a gente fala que já pode comida que todo mundo come, mas com menos condimento sem muita , porque, eh, logo no inicinho assim, elas ficam meio constrangidas, por que, tipo assim, acha que vai lá e faz, fica fazendo mistureba, mistura batata, mistura cenoura, mistura um monte de legumes e faz a sopa. E eu tenho explicado que isso não funciona muito bem não. A criança não consegue definir o paladar, né? Que come tudo misturado. O ideal é que se fez batata, é batata. Se fez nhame é nhame, não fazer esta mistura. **E15**	1. Inicia com fruta e suco de fruta, e aos poucos introduz a papa salgada. 2. Deve-se realizar a comida da criança separada do restante da família, com pouco sal, até que ela complete um ano. 3. Deve-se oferecer um alimento a cada refeição para a criança aprender o sabor daquele alimento.
Não. Eu encaminho também para a enfermeira. **E16**	1. Não realiza orientação sobre desmame
Então, esse desmame é igual eu te falei. Vai introduzindo as comidas aos poucos, um legume em cada semana pra não dá dorzinha de barriga, introduz as primeiras, a comidinha pastosa primeiro, ou às vezes um suquinho, entra depois com a comida pastosa, depois vai pras frutas, depois um legume de cada vez. Porque às vezes se ele tiver alguma dorzinha, alguma intolerância a mãe sabe identificar o que que é. O que que aconteceu naquela semana que introduziu tal alimento, na alimentação do neném. **E17**	1. O desmame acontece aos poucos, à medida que a criança come outros alimentos. 2. Inicia com suco, depois introduz uma papa pastosa. 3. Introduz um legume por semana para avaliar se a criança vai apresentar intolerância.

Quadro 11 - Orientações dos profissionais de saúde para a realização do desmame.

Expressão Chave	Ideia Central
Olha eu, igual por exemplo, igual eu falo que é livre, por exemplo até seis meses é muito importante, depois de seis meses que vai tá introduzindo outros alimentos, igual eu sempre falo pra elas, "se não tá pulando os horários das dieta, se tá no horário de... iniciou a papinha, a pessoa, a gente, eu não oriento pra elas desmamar não. É assim, oferecer a criança na hora que eles queiram, mas se tiver no horário do almoço, é o almoço, se for na hora do jantar, é o jantar, pra não está pulando. [...] Aí eu explico pra elas sobre isso, as vantagens do almoço, da janta, das mamadas, e assim pra o desmame em si, parar de qualquer jeito, ficar muitas ficam passa uma coisa, isso aí eu não oriento não. Não sei se eu estou correta. **E18**	1. O desmame acontece aos poucos, à medida que a criança come outros alimentos. 2. Manter o aleitamento entre as refeições principais, à medida do deseja da criança. 3. Inicia com seis meses.

DSC

IC1: O desmame acontece naturalmente, à medida que se introduz outros alimentos. Às vezes, a mãe deve evitar o filho, tendo cuidado para ele não se sentir desprezado.

O desmame a gente vai introduzindo as refeições né? Com o tempo outro tipo de alimentação, papinhas, chazinho e acaba eu acho que no decorrer disso acaba que a criança vai mesmo largando né? O aleitamento. Ai vai desmamando aos poucos. Mas esse desmame já acontece, a maioria trabalha como eu te falei. Eu oriento a dar um pouco da amamentação e daí tá introduzindo outros alimentos juntos né? E não tirar de uma hora pra outra, ir diminuindo gradualmente, e introduzindo outros alimentos na dieta. Lógico que você não vai tirar de uma vez, "oh não pode mais e tal", a gente vai orientando pra ir diminuindo gradativamente, e tal. Vai introduzindo as comidas aos poucos. Vai ser aos poucos né? É meio complicado essa situação, porque ela tem que evitar ficar muito perto da criança né? Assim, sempre que a criança procurar o peito ela caçar outro jeito, outra coisa pra distrair a criança, dum jeito que a criança, que ela vê que a criança não sente. Ele deve sentir desprezado que a mãe dele tá querendo tirar uma coisa que é dele. Mas com jeito ela consegue tirar, mas tem que ter tempo e paciência também pra acontecer isso.

Que não é fácil, quando ele deixa por si é tudo mais fácil, né? Agora pra tirar é mais difícil. E assim para o desmame em si, parar de qualquer jeito, ficar... muitas ficam passa uma coisa, isso aí eu não oriento não. (E1, E2, E3, E5, E7, E10, E12, E17, E18)

IC2: Alguns profissionais não realizam orientação para o desmame ou para a introdução de outros alimentos.

Olha... em questão do desmame eu vou te falar a verdade. Olha eu assim, eu até que eu nunca orientei, falar a verdade e já orientei muito do aleitamento mas do desmame, pra ser sincera pra você eu nunca orientei, agora cê me pegou. Nunca orientei. Então assim eu nem oriento muito sobre o desmame, que quando eu vou ver já não tá mamando mais, já desmamou. Então assim, sobre o desmame, praticamente não faço orientação não. Eu acho que eu nunca orientei pra realizar desmame não. Sinceramente eu não. Normalmente quando elas falam com a gente já desmamou, então não tem assim. Ah isso aí eu não, sinceramente eu não tenho uma resposta, porque eu vivo isso. As pessoas falam comigo entra num ouvido e sai no outro. Eu não tenho coragem de falar isso. Ainda não tive essa experiência não. Mas se eu tiver eu vou ter que trabalhar, sentar conversar com o R..., o que que eu posso tá junto com ele passando pra paciente, porque eu não tenho essa resposta pra dar pra mãe não. Não. Eu encaminho também para a enfermeira. Depende. É mais com a enfermeira também. (E4, E8, E10, E11, E13, E16)

IC3: Para a mulher ser orientada sobre o desmame, ela é encaminhada para o enfermeiro, médico ou pediatra.

Eu oriento sempre procurar a gente, enfermeiro ou médico da unidade, ou pediatra, né? A gente sempre deixa isso bem esclarecido pra mãe, nunca inserir um outro alimento antes de comunicar com a gente, pra gente tá orientando. Aí eu marquei uma consulta pra ela vim com a enfermeira e a enfermeira orientar ela né? Porque essas coisas, cê passar uma informação, igual assim eu não posso falar assim “não faz!”, porque ela tem que trabalhar, e eu também não posso falar “dá leite de vaca pra ela com Mucilon que vai resolver o problema”, então a gente orienta a ter uma consulta com a enfermeira mesmo pra enfermeira tá orientando ela melhor. (E4, E9)

IC4: A introdução de outros alimentos é feita de acordo com a condição da mãe e inicia no quinto ou sexto mês de vida, ou de acordo com a solicitação da mãe. O desmame deve acontecer quando a criança tiver um ano.

O desmame sendo uma mãe que fica em casa, que não vai trabalhar rápido, nós começamos ao sexto mês, se tiver necessidade começa um pouco antes, no quarto mês. Quando a criança ela chega no quinto pro sexto mês ela já começa a entrar com outros alimentos. Depois de seis meses que vai tá introduzindo outros alimentos. E comunicar se ela tem desejo ou não de tá inserindo outra medicação, é... outra alimentação, porque aí a gente vai ver a melhor opção pra ela dentro das condições dela, né? E vendo também a possibilidade de tá entrando com um suplemento pra criança. De acordo com a necessidade da mãe, porque a gente tem mãe que retorna a trabalhar no quarto mês, porque ela tirou um mês antes e aí já tem que inserir alimentação mista nela, então depende da... e é feito na puericultura. Então a gente fala oh, depois de um ano, até os seis meses pode dar sem restrição e tal, beleza, de seis meses até um aninho a gente fala, “oh já tá na hora de introduzir outras coisas aí, né? Pra melhorar o desenvolvimento e tal”, depois de um ano em geral eu falo pra tirar sabe? As é difícil pra eles entenderem a dificuldade de compressão é um negócio ruim, mas em geral assim, como regra, o menino completou um aninho a gente já fala que tá na hora de tirar. Normalmente elas tiram antes dos dois anos que é o que a gente recomenda né? Se possível até dois anos, mas geralmente elas tiram, as que perseveram tiram antes dos dois anos. (E5, E6, E9, E12, E13, E14, E18)

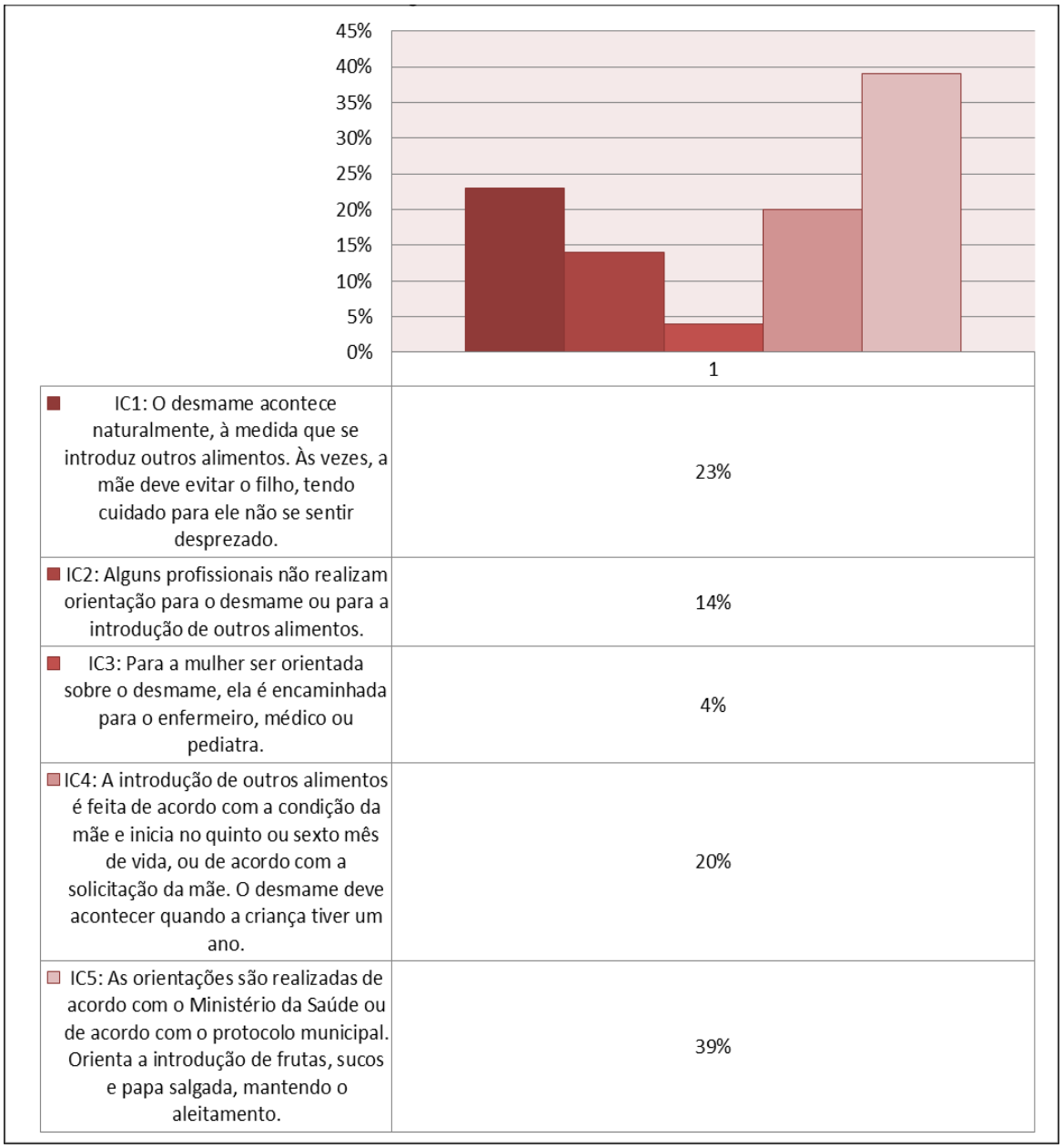
IC5: As orientações são realizadas de acordo com o Ministério da Saúde ou de acordo com o protocolo municipal. Orienta a introdução de frutas, sucos e papa salgada, mantendo o aleitamento

A gente orienta igual o Ministério da Saúde: exclusivo no peito se possível e que aos poucos com seis meses já começa a introduzir primeiro os sucos e frutas né? Eu sempre falo pra dá uma fruta de cada vez. Não adianta cê começar ter alimentação mista, orientamos primeiro os sucos, as frutas, as papinhas de fruta amassadinha, uma fruta por vez pela primeira vez pra saber se a criança vai dar alergia aquele alimento, a gente nunca orienta dar duas pela primeira vez, porque cê não vai saber qual que deu alergia. Nas semanas consecutivas, depois de ter começado com os sucos e as frutas, o alimento, a papinha de sal, que é com

pouco sal, uma verdurinha, que é abobora, batatinha, um caldinho de feijão e depois introduzindo também um pouco carninha, frango, a carne de boi desfiadinha nessa papinha né? Mas pelo fato dela tá pegando a mamadeira pra mamar durante o dia, ela já vai desapegando do peito, não tem mais aquele contato assim. Se tem algum outro leite que pode tá sendo substituído, o NAN né? Essas coisas pra ela não deixar ela sem nada, não introduzir leite normal nela já agora né? Ou seja, vai introduzir outros alimento na alimentação, vai passar a dar uma sopinha, diminuir às vezes as quantidades da mamada, evitar o uso de muita mamadeira durante a noite, colocar como se fosse uma alimentação mesmo, dar o leite assim em questão de intervalos e acrescentar o almoço, dar um caldinho uma sopa, no jantar também, pra tirar essas questão da amamentação mesmo, pra tirar o leite, evitar dar mamá a noite. Um legume em cada semana pra não dá dorzinha de barriga, introduz as primeiras, a comidinha pastosa primeiro, ou às vezes um suquinho, entra depois com a comida pastosa, depois vai pras frutas, depois um legume de cada vez. Porque às vezes se ele tiver alguma dorzinha, alguma intolerância a mãe sabe identificar o que que é. O que que aconteceu naquela semana que introduziu tal alimento, na alimentação do neném. Tem as cinco refeições diárias ai, conforme as refeições da família. Então a gente mantém pra começar a fazer o desmame, mantém o aleitamento como as refeições principais, e vai introduzindo outros tipos de alimentos entre as refeições principais até uma substituição total. Mas mantém o aleitamento como refeição principal, café da manhã, almoço e jantar. Igual eu sempre falo pra elas, “se não tá pulando os horários das dieta, se tá no horário de... iniciou a papinha, a pessoa, a gente, eu não oriento pra elas desmamar não. É assim, oferecer a criança na hora que eles queiram, mas se tiver no horário do almoço, é o almoço, se for na hora do jantar, é o jantar, pra não está pulando. A gente orienta em cima do protocolo que o município tem né? Na puericultura a gente orienta, a gente já tentou fazer esse grupo de desmame, mas não funciona, porque a mãe ela tem muita coisa, ela tem o bebê em casa aí geralmente ela não vem. A gente começa a inserir a fruta, a papinha, o suco. Nós iniciamos com a papinha doce né? Um mamão, uma maçanzinha raspadinha, depende também do hábito intestinal da criança. E depois os suquinhos e mais pra frente nós vamos iniciar a papa salgada. Aproximadamente um mês de intervalo entre um e outro pra criança ir adaptando. Normalmente, quando elas falam que vai desmamar, já demamou, né? Mas a gente sempre fala assim que tem que iniciar dando papinha

de fruta, suco de fruta, e aos poucos ir dando almoço, para depois quando já tá com mais de seis meses, começa a dar janta, e assim, a comida em si pode , eu peço para fazer a comida mais separada, por que, com menos condimento, e ai, depois que está com mais de um ano,é que a gente fala que já pode comida que todo mundo come, mas com menos condimento fica fazendo mistureba, mistura batata, mistura cenoura, mistura um monte de legumes e faz a sopa. E eu tenho explicado que isso não funciona muito bem não. A criança não consegue definir o paladar, né? Que come tudo misturado. O ideal é que se fez batata, é batata. Se fez nhame é nhame, não fazer esta mistura. (E1, E2, E4, E5, E6, E14, E15, E17, E18)

Gráfico 12 - Orientações sobre o desmame realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012.


45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1
IC1: O desmame acontece naturalmente, à medida que se introduz outros alimentos. Às vezes, a mãe deve evitar o filho, tendo cuidado para ele não se sentir desprezado.
23%
IC2: Alguns profissionais não realizam orientação para o desmame ou para a introdução de outros alimentos.
14%
IC3: Para a mulher ser orientada sobre o desmame, ela é encaminhada para o enfermeiro, médico ou pediatra.
4%
IC4: A introdução de outros alimentos é feita de acordo com a condição da mãe e inicia no quinto ou sexto mês de vida, ou de acordo com a solicitação da mãe. O desmame deve acontecer quando a criança tiver um ano.
20%
IC5: As orientações são realizadas de acordo com o Ministério da Saúde ou de acordo com o protocolo municipal. Orienta a introdução de frutas, sucos e papa salgada, mantendo o aleitamento.
39%

O desmame é compreendido como a cessação do aleitamento materno e a sua realização não depende somente do instinto, da determinação genética ou da maturidade do pequeno ser que amamenta. Atualmente, a mulher escolhe se vai ou não amamentar e por quanto tempo, decisões que muitas vezes não consideram a necessidade da maturidade emocional da criança para realizar o desmame. Nesta perspectiva, o desmame deve acontecer naturalmente, ou seja, a criança se auto desmama, o que pode acontecer em diversas idades (BRASIL, 2009a).

Quando o desmame acontece naturalmente, em geral acontece de forma gradual, quando a criança diminui gradativamente a sucção ao SM, ou, em alguns casos pode acontecer de forma súbita. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), existem alguns sinais que devem ser observados na criança para perceber se ela está madura para o desmame, que são:

- Idade maior que um ano;
- Menor interesse pelas mamadas;
- Boa aceitação de outros alimentos;
- É segura na sua relação com a mãe;
- Aceita outras formas de consolo;
- Aceita não ser amamentada em certas ocasiões e locais;
- Dorme sem mamar no peito;
- Mostra pouca ansiedade quando encorajada a não amamentar;
- Prefere brincar ou fazer outra atividade com a mãe ao invés de mamar.

É extremamente importante a mãe e o bebê estarem preparados para o desmame e o desmame abrupto deve ser desencorajado. O profissional de saúde deve estar preparado para orientar e apoiar a mãe e a criança neste momento tão delicado, auxiliando-as no processo. Para tanto, deve-se observar alguns pontos relevantes, tais como a segurança da mãe e a compreensão de que esse processo pode ser lento, exigindo paciência caso a criança não esteja pronta para o desmame. Com isso, ela precisa ser flexível e manter-se próxima à criança, apoiando-a e, principalmente quando ocorrem mudanças significativas na vida ou rotina da criança, como por exemplo, separações, obter controle de esfíncter. O desmame deve acontecer de forma gradual, retirando uma mamada do dia a cada 1-2 semanas (BRASIL, 2009a).

Além do cuidado com a criança, a mãe também necessita ser ouvida, pois ela pode apresentar sentimentos contraditórios como raiva, depressão, paz, tristeza, culpa e

luto pela perda da amamentação e pelas alterações hormonais e físicas decorrentes do desmame (BRASIL, 2009a; SONEGO et al., 2004).

A introdução da alimentação complementar deve iniciar aos seis meses de idade da criança, momento em que o leite materno, sozinho, não é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança. Assim como a orientação acerca do AM deve ser realizada em uma linguagem comum entre todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, a orientação para alimentação complementar deve seguir o mesmo princípio.

No ano de 2010, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Saudável (Enpacs), que didaticamente estabelece a alimentação saudável em 10 passos que são (BRASIL, 2010e, p.6):

> 1. Dar somente o leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;
>
> 2. Ao completar seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;
>
> 3. Ao completar seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em AM;
>
> 4. A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança;
>
> 5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar a consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família;
>
> 6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;
>
> 7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;
>
> 8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinho e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;
>
> 9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;
>
> 10. Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Entendendo que a orientação do aleitamento materno e da alimentação complementar caminham juntos, no ano de 2012, o Ministério da Saúde integrou as ações da Rede Amamenta Brasil com a Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Saudável, a fim de capacitar os profissionais para orientar corretamente e acompanhar a mãe e a criança até os dois anos de idade.

Analisando o DSC da IC5*: "As orientações são realizadas de acordo com o Ministério da Saúde ou de acordo com o protocolo municipal. Os profissionais orientam a introdução de frutas, sucos e papa salgada e manter o aleitamento materno".* Essas afirmações são incongruentes com as demais informações, tendo em vista outros discursos apontarem contradições e , tampouco, são seguidas as orientações do ENPACS.

Para a alimentação complementar esta estratégia sugere, conforme o quadro seguir:

Quadro 12 - Esquema alimentar para os primeiros dois anos de vida das crianças amamentadas.

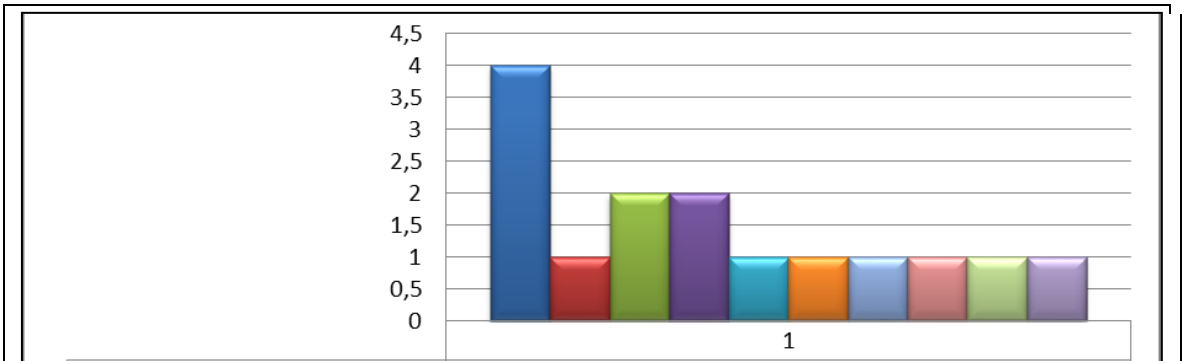
Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
Leite Materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: BRASIL, 2009e, p.20.

Vale ressaltar que o esquema alimentar da criança aleitada é diferente da criança não aleitada. Deste modo, a orientação para a introdução da alimentação complementar deve ser realizada individualmente (para considerar as particularidades de cada criança) e deve respeitar os alimentos consumidos pela

família, a condição financeira e os alimentos mais comuns em cada região (BRASIL, 2009e).

Gráfico 13 - Frequência dos tipos de orientações sobre o desmame realizadas pelos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012.



	1
Um alimento por vez, para verificar intolerância	4
Aleitamento como refeição principal	1
Aleitamento entre as refeições principais	2
Inicia com suco, depois introduz fruta e por último a papa salgada	2
Inicia com papa de fruta, depois introduz o suco e por último a papa salgada	1
Oferecer um alimento por refeição	1
Fazer comida separada por um ano	1
Introduzir fórmula láctea ao invés do leite de vaca	1
Diminuir a frequência de aleitamento e retirar a mamada noturna	1
Inicia com suco e depois introduz comida pastosa	1

A proposta do Enpacs, bem como da RAM, é capacitar todos os profissionais da equipe de saúde para o manejo e orientação do binômio e sua família. Isto significa dizer que todos os trabalhadores deverão ser capacitados (serviços gerais, porteiro, ACS, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e outros profissionais que componham a equipe). Considera-se que quando o binômio e sua família

buscam orientação, todos devem estar capacitados para conduzir da melhor forma a demanda daquela mulher (BRASIL, 2010f).

Quadro 13 - Rotina dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar ao binômio.

Expressão Chave	Ideia Central
No puerpério, dos primeiros dias não, elas vem aqui. O ACS vai nos primeiros dias, chegou do hospital, o ACS já vai e já deixa, sai de lá com a consulta marcada. **E1**	1. Não é realizado a visita domiciliar.
Não. Ah, quando é necessário quem realiza a primeira visita é a enfermeira. Aqui pelo quantidade de pacientes a gente não consegue dar suporte pra todo mundo não. Então minhas visitas são pros pacientes acamados. Se a gestante puder vir até o posto aí a gente não faz visita não. A não ser que for preciso, a gestante não pode vir ao posto de jeito nenhum e tá precisando, dar pra ser feito, mas, de forma assim extraordinária, não tá na rotina não. **E2**	1. O profissional não realiza a visita domiciliar. Quando é necessário, a enfermeira realiza a visita.
Oh. É... após ela chega do hospital, uns três dias depois, que ela chega a gente vai lá, orienta, como é que tem que fazer, essas coisas, a mãe que não sabe curar o umbigo né? Que tem mãe de primeira viagem que não sabe, a gente explica como que é, os negócio pra ela tudo direitinho.[...] Não. Geralmente mamãe assim não, por tem a puericultura né? Que é acompanhamento com a enfermeira no posto, todo mês, quando não é com a enfermeira é com o médico. Aí a mamãe tá sempre trazendo a criança aí, e aqui no posto a gente orienta as coisas que ela tem que continuar fazendo com a criança durante este período. **E3**	1. A primeira visita é realizada na primeira semana após o nascimento. 2. Não há uma frequência para as visitas após a primeira semana porque a criança tem consulta todo mês

Quadro 13 - Rotina dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar ao binômio.

Expressão Chave	Ideia Central
Assim que ela chega em casa. [...] aí geralmente no primeiro dia a gente não vai, porque né? muita gente, cansada. Aí no segundo ou no terceiro dia no máximo a gente faz uma visita. Aí geralmente, se a agenda da enfermeira tiver disponível naquele dia ela vai com a gente, se tiver muito cheia eu vou, e com cinco dias, seis dias mais ou menos ela vem na unidade com a criança e passa pela consulta de puerpério a mãe e o bebê. [...] Geralmente uma vez por semana. Eu vou lá uma vez por semana, aí ela tem essa primeira consulta aqui com seis mais ou menos, aí depois antes da criança interar 30 dias, ou com 30 dias ela volta com a enfermeira, depois volta com a médica, e depois uma vez por mês. A criança uma vez com a enfermeira e uma vez com a médica. [...] Não. Aí geralmente criança a gente acompanha muito, né? Aí vai uma vez por semana até cê indo. Aí geralmente no primeiro mês a gente vai uma vez por semana, aí a partir do segundo mês depende da família. Se não tiver aquela necessidade do cê ficar lá na porta todo dia, aí cê não vai. Ou então tem mães que não são receptivas a cê tá lá sempre, mas geralmente até um ano de idade a gente acompanha toda semana. Né? Porque tá marcando consulta, aí a gente vai e entrega consulta, aí na outra semana a gente passa pra lembrar da consulta, aí depois a gente passa pra perguntar se entendeu tudo direitinho, como que tá. **E4**	1. A primeira visita é realizada na primeira semana após o nascimento. 2. A consulta de puerpério é agendada em até 6 dias na unidade de saúde. 3. É realizado visita domiciliar uma vez por semana até 30 dias de nascimento. 4. Após o segundo mês de vida, as visitas são realizadas de acordo com a necessidade da família. 5. A criança é acompanhada com visitas semanais até um ano, devido à marcação de consultas e avisos.
Isso eu não faço, quem faz é a enfermeira. Aí é mais ela que faz. **E5**	1. O profissional não realiza a visita domiciliar.

Quadro 13 - Rotina dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar ao binômio.

Expressão Chave	Ideia Central
O mais rápido possível. A primeira consulta do puerpério geralmente é aqui na unidade, se a mãe puder vir no 5º dia ela vai vir, vamos fazer as ações e encaminhar pro teste do pezinho. Caso ela não consiga vir, nós vamos estar indo lá de preferencia no 5º dia do parto. Mas, mais tardando no primeiro mês, eu faço a visita domiciliar. [...] Aí vai depender da situação do binômio né? Mãe e filho. Se tiver alguma intercorrência, a visita é mais frequente. Não havendo intercorrências, se for tudo certinho, tranquilo aí a visita é de seis em seis meses. **E6**	1. A consulta de puerpério é agendada em até 5 dias na unidade de saúde. 2. A visita domiciliar no 5ª dia é realizada caso o binômio não tenha condições de ir à consulta de puerpério. 3. A visita domiciliar é realizada dentro de um mês. 4. Após um mês de vida, a visita domiciliar é realizada a cada seis meses. Se houver alguma intercorrência, pode ser realizada antes deste período.
A gente não realiza visitas domiciliares, eu não realizo visita domiciliares pra gestante. Na verdade elas consultam aqui sempre no primeiro mês ou algo assim. E a enfermeira, a nossa enfermeira, quando necessário faz a visita domiciliar. Se ela ver alguma coisa que precisa, daí ela me chama. **E7**	1. Não é realizado a visita domiciliar. 2. A visita é feita pela enfermeira, caso haja necessidade. 3. A consulta de puerpério é realizada no primeiro mês após o nascimento da criança.

Quadro 13 - Rotina dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar ao binômio.

Expressão Chave	Ideia Central
[...] então assim que a família comunica, a gente já vai, eu já vou faço a primeira visita pra ver como é que foi, entendeu? [...] E aí logo as vezes na semana seguinte eu vou ver, mas não demora muito não. Uma semana, uma semana e meia[...] Aí eu volto na casa assim, se... que tem casa que precisa que a gente volta mais, tem sempre alguma coisa pra entregar, né? Aí a gente tá lá mais vezes no mês. Agora quando não tem assim muita coisa pra entregar, é uma vez no mês mesmo. Mas geralmente quando a criança nasce que o pai faz o acompanhamento direitinho aqui no posto né? A gente geralmente tem sempre um exame pra levar, né? Sempre marcar algum, se tem bolsa família marcar pra vim pesar, então geralmente tá lá mais de uma vez no mês. Agora quando a família faz a puericultura, o acompanhamento particular, aí eu só faço o acompanhamento uma vez mesmo, pra saber se a criança tá bem, se tá fazendo o controle, entendeu? **E8**	1. A primeira visita é realizada com entre 7 a 10 dias. 2. As demais visitas são realizadas uma vez por mês, ou sempre que houver algum aviso.
No quinto dia a gente tem essa preocupação de tá visitando. [...] Vai da demanda dela. Se ela precisar a gente vai. Mas a gente não perde o vínculo com ela, porque ela vem no posto, à gente manda pra pediatra, a primeira consulta lá com pediatra, já fala da importância do teste da orelhinha, já avalia as dúvidas que a mãe tem com relação aos cuidados com bebê, com umbigo, então a gente tem esse vínculo muito forte com a mãe. A gente acompanha bem de perto. E ela passa a vim no posto também todo mês e sempre que ela precisar. Então a gente faz esse acompanhamento bem próximo. **E9**	1. A primeira visita é realizada no 5ª dia após o nascimento. 2. As demais visitas são realizadas de acordo com a demanda da mãe, pois a criança já tem mensalmente uma consulta.

Quadro 13 - Rotina dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar ao binômio.

Expressão Chave	Ideia Central
[...] assim que ela ganha, chega em casa, eu dou assim um prazo de um a dois dias porque a mãe também é muito assim, aquela coisa, acabou de chegar, aquele tumulto muita gente em casa eu dou um prazo de um, dois, três dias no máximo aí eu vou lá, faço a visita, faço essas orientações que eu te falei, que é como é o acompanhamento nos primeiros trinta dias da criança e dela. [...] A casa? Olha quando eu vejo que a mãe tá assim, é uma mãe mais tranquila, que a criança tá tudo ok, é saudável, não nasceu assim prematura, eu vejo assim que tem mãe assim, que mãe de primeira viagem que tem mais dúvida, mas até que quando tem mais filhos é tranquila aí eu só volto mesmo no outro mês. Mas quando eu vejo que tem alguma dificuldade, eu vejo que ela fica meio assim apreensiva, eu volto com, pelo menos tento ir de 15 em 15 dias. **E10**	1. A primeira visita é realizada na primeira semana após o nascimento. 2. Quando a mãe e o neném não tem intercorrências, as demais visitas são realizadas uma vez por mês. 3. Quando a mãe ou o neném demandam mais cuidado, as demais visitas são realizadas a cada 15 dias.
Ainda não tive essa, ainda não. Do puerpério né? Na verdade elas estão vindo né? Elas vem, aí vem na vacina, passa ali sabe? A gente pesa o bebê e tal e deixa aberto se precisar a gente vai lá. Que as ACS tá sempre em contato. **E11**	1. O profissional não realiza a visita domiciliar.
Do puerpério? Não, geralmente elas que vem. A gente vai quando tem alguma complicação né? De regra é, na primeira semana aí, a mãe já vem com o neném e já olha os dois aqui mesmo. **E12**	1. Não é realizado a visita domiciliar. O binômio vai à unidade na primeira semana após o nascimento.

Quadro 13 - Rotina dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar ao binômio.

Expressão Chave	Ideia Central
[...] . Antes do quinto dia, porque faz o teste do pezinho né? Até no máximo o décimo dia, mas geralmente é antes do quinto dia pra informar, orientar a respeito do teste do pezinho. Com a enfermeira é até o décimo dia, mas com a gente, ACS, eu procuro ir o mais cedo possível, assim que fico informado que chegou nós vamos pra ver. [...]Oh, eu sou assim, eu costumo ir mais, a gente tem que ir uma vez ao mês, principalmente quando tá novinho assim, quinze em quinze, até toda semana eu vou lá pra ver como é que tá e tudo, ver se tá mamando, porque no comecinho as vezes tem cólica, aí a gente, eu sempre quando eu tô passando perto eu vou lá e pergunto, pelo menos até toda semana eu costumo ir. **E13**	1. A primeira visita é realizada até o décimo dia de vida da criança. 2. As demais visitas são realizadas semanalmente caso tenha necessidade. Quando não há necessidade, é realizada a cada quinze dias ou uma vez por mês.
Geralmente até o quinto dia né? A gente faz questão disso dentro do cronograma do quinto dia. Se eu não tenho uma equipe formada e a enfermeira não tem condição de ir até o domicílio a gente marca pra essa puérpera vir até a unidade. Aí ela é avaliada pelo enfermeiro ou pelo médico. [...] Mas geralmente até o quinto dia a gente faz, apesar que, eu tenho mudado isso na minha unidade que a gente fazer ao sétimo dia é melhor. [...] Mas entre o quinto ao sétimo dia é feita essa visita ou ela vem na unidade pra gente fazer a avaliação. [...] A criança ela participa pelo processo de puericultura né? Ela vem uma vez ao mês até o sexto mês e depois a gente vai de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. A puérpera ela tem uma consulta com 30 dias após o parto e depois a partir de 40. **E14**	1. A primeira visita é realizada na primeira semana de vida da criança. 2. Se a equipe não estiver completa ou se a enfermeira não tem condição de realizar a visita, é marcada uma consulta para o binômio na unidade na primeira semana de vida. 3. Não são realizadas visitas após a primeira semana de vida pois a criança tem consulta mensalmente. 4. A consulta de puerpério é agendada com 30 dias.

Quadro 13 - Rotina dos profissionais de saúde para a realização da visita domiciliar ao binômio.

Expressão Chave	Ideia Central
Oh, assim que a mãe ganha e ela avisa para a gente que já teve o bebê e já está em casa, a gente vai logo nos primeiros dias. Porque a enfermeira tem que avaliar o sangramento, se tem pontos, como está os pontos, se tem eh, se o seio, se o neném pega no seio direitinho, se tá tendo leite, entendeu? A gente vai logo na primeira semana, aí independente da, tipo assim, a gente observa sempre o dia que a mãe chegou do hospital. Se ela chegou hoje, a gente agenda a vista para amanhã ou depois de amanhã, pra poder tá orientando esta questão, tem mãe que é primeiro filho, o seio fere, a questão do umbigo que elas ficam meio receosas, como cuidar. Assim, a primeira visita logo quando a mãe chegou do hospital e daí a gente vai, eu procuro ir a cada 15 dias, né? Cada um trabalha de uma maneira, eu prefiro ir a cada 15 dias e depois eu passo para 1 vez ao mês Porque elas vem aqui também para fazer a consulta. **E15**	1. A primeira visita é realizada na primeira semana de vida da criança. 2. As demais visitas são realizadas a cada 15 dias e posteriormente uma vez por mês.
Não. Só idosos e acamados. Geralmente quem faz a primeira consulta é a enfermeira mesmo. Elas só vem aqui pra tirar os pontos, aí eu tiro. **E16**	1. O profissional não realiza vista domiciliar.
Olha, eu tento. Eu tento visitar, mas aqui muitas vezes não dá tempo da gente sair sabe? É muita coisa. Aí a enfermeira visita, aí se tiver alguma complicação eu entro, ou ela marca consulta, ou a gente vai lá. **E17**	1. O profissional não realiza a visita domiciliar. Quando é necessário, a enfermeira realiza a visita e comunica alguma complicação.
Por exemplo, logo que ganhou neném ela avisa, a primeira oportunidade, quatro ou cinco dias eu tô indo lá. [...] Não, aí depois dessa primeira visita, eu não tenho necessidade de tá indo na casa não. Eu vou estar marcando a puericultura todos os meses, de trinta em trinta dias. **E18**	1. A primeira visita é realizada na primeira semana de vida da criança. **2.** Não são realizadas visitas após a primeira semana de vida pois a criança tem consulta mensalmente.

DSC

IC1: Não há rotina na unidade para a realização da visita domiciliar ou o profissional não a realiza.

Não, geralmente elas que vem. A gente vai quando tem alguma complicação né? De regra é, na primeira semana aí, a mãe já vem com o neném e já olha os dois aqui mesmo. Dos primeiros dias não, elas vem aqui. O ACS vai nos primeiros dias, chegou do hospital, o ACS já vai e já deixa, sai de lá com a consulta marcada. Isso eu não faço, quem faz é a enfermeira. Aí é mais ela que faz. Não. Ah, quando é necessário quem realiza a primeira visita é a enfermeira. A não ser que for preciso, a gestante não pode vir ao posto de jeito nenhum e tá precisando, dar pra ser feito, mas, de forma assim extraordinária, não tá na rotina não. Olha, eu tento. Eu tento visitar, mas aqui muitas vezes não dá tempo da gente sair sabe? É muita coisa. Aí a enfermeira visita, aí se tiver alguma complicação eu entro, ou ela marca consulta, ou a gente vai lá. A gente não realiza visitas domiciliares, eu não realizo visita domiciliares pra gestante. E a enfermeira, a nossa enfermeira, quando necessário faz a visita domiciliar. Se ela ver alguma coisa que precisa, daí ela me chama. Não. Só idosos e acamados. Geralmente quem faz a primeira consulta é a enfermeira mesmo. Elas só vem aqui pra tirar os pontos, aí eu tiro. Ainda não tive essa, ainda não. Do puerpério né? Na verdade elas estão vindo né? (E1, E2, E5, E7, E11, E12, E16, E17)

IC2: A primeira visita domiciliar é realizada até o décimo dia ou até um mês de vida da criança.

Antes do quinto dia, porque faz o teste do pezinho né? Até no máximo o décimo dia, mas geralmente é antes do quinto dia pra informar, orientar a respeito do teste do pezinho. Com a enfermeira é até o décimo dia, mas com a gente, ACS, eu procuro ir o mais cedo possível, assim que fico informado que chegou nós vamos pra ver. No quinto dia a gente tem essa preocupação de tá visitando. Assim que ela ganha, chega em casa, eu dou assim um prazo de um a dois dias eu dou um prazo de um, dois, três dias no máximo aí eu vou lá, faço a visita, faço essas orientações que eu te falei, que é como é o acompanhamento nos primeiros trinta dias da criança e dela. Após ela chega do hospital, uns três dias depois, que ela chega a gente vai lá, orienta. Aí no segundo ou no terceiro dia no máximo a gente faz uma visita. a gente vai logo nos primeiros dias. Porque a enfermeira tem que avaliar A

gente vai logo na primeira semana, aí independente da, tipo assim, a gente observa sempre o dia que a mãe chegou do hospital. A primeira oportunidade, quatro ou cinco dias eu tô indo lá. Geralmente até o quinto dia né? A gente faz questão disso dentro do cronograma do quinto dia. , apesar que, eu tenho mudado isso na minha unidade que a gente fazer ao sétimo dia é melhor. E aí logo as vezes na semana seguinte eu vou ver, mas não demora muito não. Uma semana, uma semana e meia . Caso ela não consiga vir, nós vamos estar indo lá de preferencia no 5º dia do parto. Mas, mais tardando no primeiro mês, eu faço a visita domiciliar. (E3, E4, E6, E8, E9, E10, E13, E14, E15, E18)

IC3: Não há rotina para realizar visitas posteriores ao binômio.

Não, aí depois dessa primeira visita, eu não tenho necessidade de tá indo na casa não. Eu vou estar marcando a puericultura todos os meses, de trinta em trinta dias. Aí a mamãe tá sempre trazendo a criança aí, e aqui no posto a gente orienta as coisas que ela tem que continuar fazendo com a criança durante este período. A criança ela participa pelo processo de puericultura né? Ela vem uma vez ao mês até o sexto mês e depois a gente vai de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. (E3, E14, E18)

IC4: As visitas posteriores são realizadas semanalmente, a cada 15 dias ou uma vez por mês, de acordo com a necessidade do binômio.

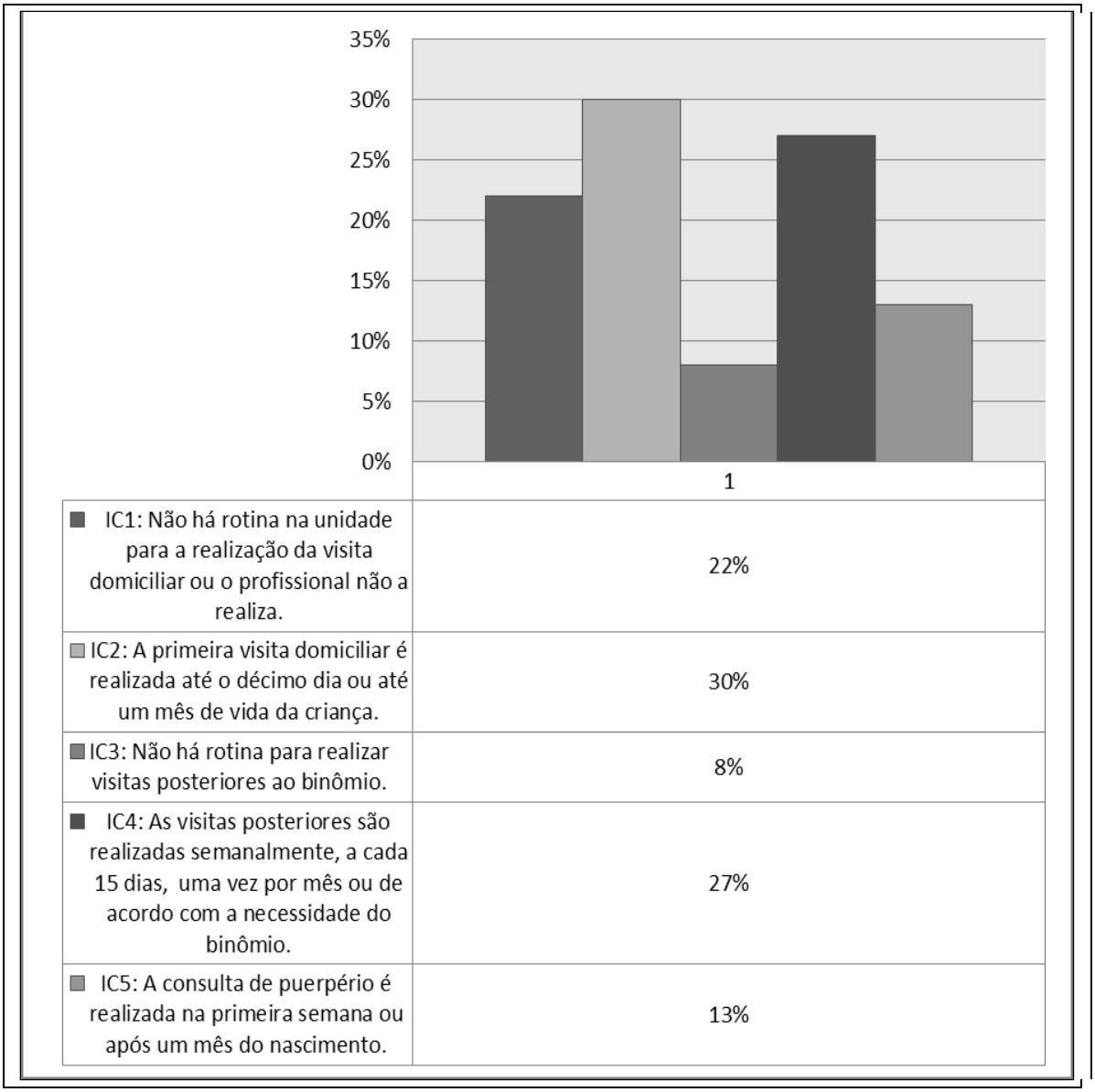
Geralmente uma vez por semana. Eu vou lá uma vez por semana, aí ela tem essa primeira consulta aqui com seis mais ou menos, aí depois antes da criança interar 30 dias, ou com 30 dias ela volta com a enfermeira, depois volta com a médica, e depois uma vez por mês. No primeiro mês a gente vai uma vez por semana, aí a partir do segundo mês depende da família. Mas geralmente até um ano de idade a gente acompanha toda semana. Né? Porque tá marcando consulta, aí a gente vai e entrega consulta, aí na outra semana a gente passa pra lembrar da consulta, aí depois a gente passa pra perguntar se entendeu tudo direitinho, como que tá. A gente tem que ir uma vez ao mês, principalmente quando tá novinho assim, quinze em quinze, até toda semana eu vou lá pra ver como é que tá e tudo, ver se tá mamando, porque no comecinho as vezes tem cólica, aí a gente, eu sempre quando eu tô passando perto eu vou lá e pergunto, pelo menos até toda semana eu costumo ir. Eu procuro ir a cada 15 dias, né? Cada um trabalha de uma

maneira, eu prefiro ir a cada 15 dias e depois eu passo para 1 vez ao mês Porque elas vem aqui também para fazer a consulta. Aí vai depender da situação do binômio né? Mãe e filho. Se tiver alguma intercorrência, a visita é mais frequente. Não havendo intercorrências, se for tudo certinho, tranquilo aí a visita é de seis em seis meses. Vai da demanda dela. Se ela precisar a gente vai. Mas a gente não perde o vínculo com ela, porque ela vem no posto, à gente manda pra pediatra, a primeira consulta lá com pediatra. Se é uma mãe mais tranquila aí eu só volto mesmo no outro mês. eu vejo que ela fica meio assim apreensiva, eu volto com, pelo menos tento ir de 15 em 15 dias. Aí eu volto na casa assim, se... que tem casa que precisa que a gente volta mais, tem sempre alguma coisa pra entregar, né? Aí a gente tá lá mais vezes no mês. Agora quando não tem assim muita coisa pra entregar, é uma vez no mês mesmo faz o acompanhamento direitinho aqui no posto né? A gente geralmente tem sempre um exame pra levar, né? Sempre marcar algum, se tem bolsa família marcar pra vim pesar, então geralmente tá lá mais de uma vez no mês. Agora quando a família faz a puericultura, o acompanhamento particular, aí eu só faço o acompanhamento uma vez mesmo, pra saber se a criança tá bem, se tá fazendo o controle, entendeu? (E4, E6, E8, E9, E10, E13, E15)

IC5: A consulta de puerpério é realizada na primeira semana ou após um mês do nascimento.

A primeira consulta do puerpério geralmente é aqui na unidade, se a mãe puder vir no 5º dia ela vai vir. Se a agenda da enfermeira tiver disponível naquele dia ela vai com a gente, se tiver muito cheia eu vou, e com cinco dias, seis dias mais ou menos ela vem na unidade com a criança e passa pela consulta de puerpério a mãe e o bebê. Se eu não tenho uma equipe formada e a enfermeira não tem condição de ir até o domicílio a gente marca pra essa puérpera vir até a unidade. Aí ela é avaliada pelo enfermeiro ou pelo médico. Na verdade elas consultam aqui sempre no primeiro mês ou algo assim. A puérpera ela tem uma consulta com 30 dias após o parto e depois a partir de 40. (E4, E6, E7, E14)

Gráfico 14 - Rotina de visita domiciliar dos profissionais de saúde ao binômio mãe/filho, Ribeirão das Neves, 2012.


35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1
IC1: Não há rotina na unidade para a realização da visita domiciliar ou o profissional não a realiza.
22%
IC2: A primeira visita domiciliar é realizada até o décimo dia ou até um mês de vida da criança.
30%
IC3: Não há rotina para realizar visitas posteriores ao binômio.
8%
IC4: As visitas posteriores são realizadas semanalmente, a cada 15 dias, uma vez por mês ou de acordo com a necessidade do binômio.
27%
IC5: A consulta de puerpério é realizada na primeira semana ou após um mês do nascimento.
13%

O acompanhamento do puerpério deve ser realizado na primeira semana após a alta do bebê, por meio da visita domiciliar. Caso o recém-nascido enquadre-se no grupo de risco, a visita domiciliar deve ser efetivada em até três dias após a alta do bebê. O retorno da mulher e do recém-nascido deve acontecer de 7 a 10 dias após o parto.

O objetivo da visita domiciliar é de avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; orientar e apoiar a família para a amamentação; Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido; avaliar interação da mãe com o recém-

nascido; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; orientar o planejamento familiar (BRASIL, 2006c).

Após a visita domiciliar e o retorno da puérpera na unidade de saúde até 10 dias, a consulta puerperal deve ser agendada para a mulher até 42 dias após o parto, para nova avaliação (BRASIL, 2006c). É uma atividade prevista e sob responsabilidade de todos os profissionais da Equipe de Saúde da família, devendo ser realizada de forma planejada (BRASIL, 2001).

As ideias centrais, contudo, mostram que não há uma rotina no município para o acompanhamento puerperal por meio das visitas domiciliares. Isso significa que não há planejamento. As ações são, por conseguinte, realizadas com base na visão e compreensão de cada equipe do significado da visita domiciliar para puérpera.

Ao serem inquiridos acerca do sentir dificuldade em orientar ou acompanhar a nutriz e para onde ou para quem a encaminham, as respostas expressam que 35% a encaminhem para o enfermeiro da unidade; 17% para o médico da unidade e , igualmente, isto é, 17% não encaminham porque não sabia que podia encaminhar, conforme Tabela 5:

Tabela 10- Rotina de encaminhamento da nutriz quando o profissional de saúde apresenta dificuldade em conduzir o caso, Ribeirão das Neves, 2012.

	n	%
Encaminha para o pediatra	**2**	**9%**
Encaminha para o ginecologista	**2**	**9%**
Encaminha para o médico da unidade	**4**	**17%**
Encaminha para o(a) enfermeiro(a) da unidade	**8**	**35%**
Não encaminha porque não sabia que podia encaminhar ou nunca precisou encaminhar	**4**	**17%**
Encaminha para a Clínica da Mulher ou para a maternidade de origem	**3**	**13%**

De fato, o enfermeiro na ESF possui como atribuição específica: planejar, executar, gerenciar e avaliar a UBS (BRASIL, 2001). Talvez, por isso, o enfermeiro seja o profissional que mais recebe encaminhamentos na unidade de saúde. E, ademais, os profissionais de saúde da UBS podem atuar efetivamente nas intercorrências mamária, salvo em casos de abscesso mamário e galactocele (FUJIMORI, 2012; BRASIL, 2009a).

O Ministério da Saúde não determina para qual profissional a mulher e sua família devem ser encaminhados, caso o profissional da UBS não consiga solucionar a demanda. A determinação do fluxo, para onde e para quem encaminha, fica a critério do município, fazendo parte do gerenciamento de saúde.

Pode-se perceber que não há uniformidade nos encaminhamentos, sendo necessário estabelecer um fluxograma efetivo para ser implantado no município.

No que diz respeito às atividades realizadas pela UBS para promoção do aleitamento materno, 89% dos respondentes disseram que realizam grupo de gestante e 11% não têm desempenhado qualquer atividade. A realização dessas atividades é bastante variável. A maioria, ou seja, 38% é feita pela enfermeira da unidade sendo que em 26% há participação dos ACS´s, em 15% de outros profissionais. Os médicos participam em apenas 12% e os técnicos de enfermagem em 9%. Predominantemente, 79% das atividades, são palestras com a participação ativa das gestantes. Há, no final, sorteio de brindes e lanche. O teatro vem a seguir com 14% e 7% não sabem informar, conforme ilustrado na tabela 13 e 14:

Tabela 11 – Relação dos profissionais de saúde que realizam atividades educativas em aleitamento materno.

	n	%
Realizado pela enfermeira da unidade	**13**	**38%**
Há participação dos ACS´s	**9**	**26%**
Há participação do(a) técnico(a) de enfermagem	**3**	**9%**
Há participação do médico da unidade	**4**	**12%**
Há participação de outros profissionais	**5**	**15%**

Tabela 12 – Atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde para promover o aleitamento materno.

	n	%
Realiza palestras com a participação ativa das gestantes. Há sorteio de brindes e lanche.	**11**	**79%**
Realiza teatro.	**2**	**14%**
Não sabe informar	**1**	**7%**

Quanto à frequência de ocorrência das atividades de promoção, o grupo se reúne uma vez por mês, de acordo com 69% dos sujeitos ou acontece em 13% dos casos de três a quatro meses e bimestralmente, em 12%.Ainda, 6% não sabem informar.

Primeiramente, cabe afirmar, que as ações educativas em saúde são previstas como ações programáticas da Atenção Primária à Saúde. A execução das atividades de educação é uma atribuição comum a todos os profissionais que integram a ESF. A frequência com que devem ser realizadas fica a critério de cada unidade de saúde, que deve considerar a realidade local, definindo ações prioritárias e ações de promoção de saúde (BRASIL, 2011e; BRASIL, 2001, BRASIL 2009a).

Pode-se inferir que não há critérios definidos, não há planejamento das ações educativas prioritárias e nem tampouco se considera a realidade local nos cenários aqui pesquisados. Detecta-se, inclusive, que há sujeitos que não conhecem o processo de trabalho onde desempenham suas atividades cotidianas ao explicitarem que desconhecem se realizam atividade de promoção do aleitamento materno e sua frequência de ocorrência.

Fujimori (2012), ao analisar o conhecimento dos profissionais da ESF e suas práticas na promoção e apoio do AM, observou resultados negativos associados às atividades educativas em grupos de gestante e puérperas. Observou que 10,9% dos profissionais declararam possuir um local propício para as ações educativas na UBS; 39,3% contavam com folhetos educativos, 51,8% com cartazes, 8,9% com álbum seriado e 3,6% com outros materiais educativos, e, no momento da pesquisa, nenhuma unidade possuía o Caderno 23: Saúde da Criança: Nutrição Infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar do Ministério da Saúde.

Infelizmente, esta realidade pode ser encontrada em diversos municípios brasileiros, sendo uma realidade comum no município em questão desta pesquisa. Entretanto, a RAM ressalta que as ações educativas em AM devem considerar a realidade local, considerando as representações culturais do AM para a sociedade local e para a mulher (BRASIL, 2011a). Tendo como ponto de partida esta

consideração da RAM, sabendo que as deficiências de materiais educativos e de espaço apropriado para a realização das atividades educativas prejudicam o desenvolvimento destas ações, devemos também considerar que locais e situações perfeitas não existem. Portanto, cada UBS deve trabalhar dentro das suas limitações e realizar a educação em saúde transcendendo as suas dificuldades.

Tamez (2010) sugere que os grupos de gestante com o tema de AM devem ser realizados no terceiro trimestre, em dois encontros de duas horas cada, com a presença de familiares e principalmente do companheiro da gestante. Reforça ainda que os grupos devem seguir o método de participação ativa e que não deve exceder 16 participantes.

Ao discorrerem sobre a própria capacitação, treinamento ou curso em AM e seu tempo de duração, 94% dos profissionais de saúde responderam que **não participaram** e apenas um dos 18 sujeitos já fez alguma capacitação. Surge, diante dessa situação a pergunta: como capacitar o outro se não fui capacitado para tal?

Os profissionais de saúde geralmente apresentam conhecimentos divergentes do AM. Tal dado também foi identificado por Ciconi et al. (2004). Estes observaram que o enfermeiro é o profissional mais capacitado (corroborado também por Caldeira et al., 2007) e consideram isto preocupante pois os médicos exercem maior influência sobre a população e, principalmente, sobre os ACS´s, que são considerados como um elo de ligação entre a UBS e a comunidade.

Caldeira et al. (2007) identificaram que os médicos apresentaram um desempenho abaixo de 50% para o conhecimento sobre a técnica de amamentação e sobre o manejo clínico das principais problemas de lactação. Os ACS´s apresentaram o pior desempenho no teste de conhecimentos sobre o AM, porém configuram-se como a classe profissional mais empenhada para a promoção do AM, sendo primordial desenvolver capacitações neste tema para este grupo profissional.

A capacitação dos profissionais da UBS tem por finalidade integralizar as ações e orientações sobre o AM. A sinergia das informações aumenta a confiança entre a população e a ESF. Percebe-se que as UBS´s que recebem capacitação constante de AM apresentam melhores índices de AME (CALDEIRA, FAGUNDES E AGUIAR, 2008).

Becker (2001), ao analisar a promoção da amamentação em cinco municípios brasileiros que desenvolviam ações ou programas de promoção do AM, identificou que 15% dos profissionais nunca realizaram treinamento em AM.

Como explicitado anteriormente apenas um sujeito participou de capacitação. Esta se deu por período de dois dias, oito horas por dia. Conta que " teve vez que lá no Vila da Serra foram três dias, fui no Sofia umas duas vezes lá no banco de leite [...] Importância do aleitamento, os benefícios, as dificuldades, tanto pra mãe, a pega né? Batia muito nessa questão da pega correta, incorreta que a gente fala muito pra mãe também pro bebê não ficar chupetando, que colabora pra aparecer as rachaduras, tem que por o dedinho no cantinho da boca pra soltar. Todas essas questões do aleitamento. Vantagens, desvantagens do uso da mamadeira, dos benefícios, a imunização... [...] não pode amamentar outro bebê, não pode deixar seu bebê ser amamentado por outra mãe. [...] Falava sobre tudo isso, tudo que engloba aleitamento era falado nesse curso."

Outra vez, surge uma reflexão: como é abordada a mãe, mulher, esposa, companheira, trabalhadora e tudo o mais que circunda a vida de uma mulher mãe?

Na vigência da necessidade de encaminhar as mulheres para outros serviços, questionou-se: Que importância teria, no município, um serviço para o encaminhamento das mulheres que apresentam dificuldades na amamentação. Por quê? As respondentes argumentaram que:

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Expressão Chave	Ideia Central
Lá na Clinica da Mulher, uma equipe né? Eu acho que seria importante nesses casos de que, eu acho que uma equipe multidisciplinar pra trabalhar essas questões, uma psicóloga, uma enfermeira e talvez uma obstetra, não sei. Seria importante justamente pra trabalhar essas questões, esses casos que a gente não consegue resolver. Que essa mãe, quando a mãe não tem o desejo, quando tem uma depressão, tem umas psicose puerperal, umas depressões que são mais complicadas também, deveria ter um apoio mais de psiquiatra de um psicólogo vinculado essa equipe pra lidar com essas questões, seria interessante. [...] Então assim, nem sabia que poderia tá encaminhando, por isso nunca encaminhei, mas todos os casos que teve aqui foram todos controlados. Não teve nenhum caso extremo que a gente não deu conta não. Mas eu acho que seria interessante um serviço, talvez um banco de leite, vinculado ao hospital, à maternidade do São Judas que teria essa equipe pra esse suporte, seria interessante também. [...] Então talvez falta isso, mais, uma equipe maior, talvez mais tempo dos profissionais do PSF, uma população menor, ou duas equipes vinculadas a esses quatro mil,	1. Encaminhar os casos que a UBS não consegue resolver. 2. Ter uma equipe multidisciplinar capacitada, composta por enfermeiro, ginecologista, psicólogo, para atender a mulher. 3. A equipe da UBS é sobrecarregada, o que dificulta um trabalho maior sobre o aleitamento. 4. Oferecer mais capacitação para a equipe, em especial para os ACS´s. **5.** Deveria possuir um banco de leite.

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Expressão Chave	Ideia Central
não sei. Mais unidade de saúde! Pra poder dar esse apoio melhor[..] aqui igual eu falei com você a população é muito grande, a enfermeira aqui é, a gente não lidar só com pré-natal, puericultura, é tudo. [...] Muita coisa pra pouco profissional, então cê tem que ser generalista, então acaba que cê focar numa coisa só, acaba que cê faz pouco de muita coisa, né? Porque a gente não é máquina, então ao meu ver é isso, então seria interessante ter um referência. Até mesmo pra nós profissionais talvez, por mais que a gente acha que já viu tudo, tem tantas coisas novas que a gente pode tá vendo. Maneiras, formas diferentes que vocês poderiam tá passando de abordar essas mulheres, essas dificuldades que as mulheres têm, não sei. Talvez seria bom ter mais capacitação. Acho que aqui nunca teve, depois que eu tô aqui nunca teve nada sobre o aleitamento materno, nenhuma capacitação, nem folder que manda pra gente, nunca teve nada, nesse um ano e três meses que eu to aqui no município a gente nunca teve nenhuma capacitação, nem um incentivo por parte da coordenação, é, da Secretaria de Saúde, pra, de treinar a equipe, mandar os ACS, que às vezes a gente fica até sem tempo de trabalhar com os meninos também, e é tanta coisa, então vir alguém, e é bom quando vem alguém de fora, um especialista né[...] Então seria interessante pros ACS principalmente, eu acho, ter mais esse apoio, ter mais capacitação, pra eles nessa questão da amamentação pra trabalhar junto com essas famílias. Seria interessante. **E1**	
Eu acho, muito importante. [...] Eu acho importante, pela importância mesmo do aleitamento dentro da saúde, né, da criança mesmo, pelo o bem que você tá fazendo, cê tá evitando várias infecções recorrentes, melhorando o sistema imunológico. Então é um investimento de principio que você vai ter um adulto mais saudável. Então, fundamental importância. **E2**	1. O município economizaria a longo prazo pois as crianças aleitadas não adoecem com frequência.

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Expressão Chave	Ideia Central
Eu acho que seria necessário sim. Porque lá, como esse serviço já tá assim, pra isso, pra orientar mesmo as mamães, eles tem mais capacitação para orientar melhor do que a gente que trabalha em posto de saúde e não tem uma capacitação adequada, então eu acho que seria uma boa solução pra isso. **E3**	1. No serviço de referência, há profissionais mais capacitados para atender a mulher do que a UBS.
Eu acho assim fundamental. Porque a gente não tem muito suporte, o suporte que a gente tem até aonde eu sei é aqui na unidade. Porque igual na outra pergunta você tinha me perguntado se a gente referencia pra outro lugar, até onde eu sei a gente não tem esse outro lugar pra referenciar, então a gente se resolve aqui mesmo. Então eu acho que tudo que vem pra melhorar é muito importante e é uma segurança maior. [...] Então não são nem todas as crianças aqui que passam pelo pediatra. [...] Não só nessa parte de aleitamento, mas assim, uma coisa pra ela mesmo, até antes, durante a gestação, uma coisa que ela pudesse desenvolver cursos, como tem em BH né? Que ela desenvolvesse a gestação toda, pra quando ela tivesse a criança ela se sentisse mais segura. [...] Já, então assim, se tivesse um suporte maior com certeza seria bom tanto pra elas quanto pra gente também né? Que teria pra onde encaminhar. **E4**	1. Seria um suporte para a UBS. 2. Não são todas as crianças que passam por uma consulta com pediatra até um ano. 3. Deve orientar desde a gestação.
A eu acho que ia ajudar muito as mães porque assim ia orientar mais, porque são pessoas assim capacitadas só pra aquela, aquela ocasião, [...] Não que o profissional da unidade não vá, mas se tivesse um centro de referência, seria muito mais fácil pra poder tá acompanhando. **E5**	1. No serviço de referência, há profissionais mais capacitados para atender a mulher do que a UBS.

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Expressão Chave	Ideia Central
Nossa seria fantástico né? Essas mãezinhas que tem bebês prematuros e o bebê não consegue sugar de forma adequada, e nós trabalhamos do jeito que nós podemos, mas se tivesse um serviço especializado, bem focado pra essa mãe tá indo pontualmente, seria muito bom. Seria um ganho pro município, porque criança amamentada com certeza vai ter menos otite, menos laringite, então vai ser no futuro, a longo prazo um gasto menor pro município. E a mãe também poderia doar o leite nesse serviço, poderia tá melhorando a vida de outras crianças. Seria muito bacana ter um serviço desse aqui no município. **E6**	1. Um suporte maior para os bebês prematuros. 2. O município economizaria a longo prazo pois as crianças aleitadas não adoecem com frequência. 3. Poderia haver doação de leite.
Eu acho que seria ótimo. Porque... (pausa) é aquilo que eu tô te dizendo, se a gente tivesse essas palestras, que essa menina viesse e desse essas palestras frequentemente, uma vez por mês, ou algo assim, eh... seria muito bom pra gente, porque eu acho que aumentaria o tempo de amamentação, o que é fundamental na minha opinião, eu acho que iria prevenir mastite e outros tipos de coisa. Então eu acho que seria muito bom. Seria muito bom. Mas melhor do que uma unidade, eu acho que seria muito bom essas palestras frequentes, na minha opinião. Eu acho né? **E7**	1. Seria importante o profissional ir às unidades para dar capacitações e palestras.
[...] Mas se a mãe tiver um treinamento alguma coisa se tiver dificuldade, eu acho que vai ajudar bastante. E aqui em Neves, porque sair daqui que é o difícil entendeu? Fato assim de passagem, né? Agora tano aqui, eu acho que elas vão gostar bastante, e vai assim esclarecer muita dúvida de muita gente. Igual tem muita mãe nova, muita menina nova que tá engravidando, que tem muita dúvida, né? E tendo um lugar assim pra ajudar quem tem dificuldade é legal. **E8**	1. O serviço no município ajudaria as mães pois o deslocamento para Belo Horizonte é difícil para elas. 2. Seria um acompanhamento importante para mães adolescentes.

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Expressão Chave	Ideia Central
Eu não sei, o município ele tem banco de leite? Acho que não né? [...] Sim. Se tivesse uma equipe multiprofissional, capacitada pra poder dar um suporte mais profissional pra mulher e pra criança, sem dúvida ajudaria bastante. E aí as vezes ajudaria até a gente também do posto, do PSF, que fica tudo acumulado no posto. Então se nós pudéssemos contar com uma equipe multiprofissional, altamente capacitada, especializada naquele tema, e dar esse suporte pra mãe, além do suporte psicológico que ela precisa, certamente ajudaria bastante. **E9**	1. A equipe da UBS é sobrecarregada. 2. Seria um suporte para a UBS. 3. Deveria ter uma equipe multidisciplinar capacitada.
Nossa seria muito bacana. Porque eu acho assim, elas ia se sentir até assim porque, mais até mais acompanhadas, porque aqui a gente não deixa de acompanhar, mas se elas soubessem que tem um serviço ali, pra elas a respeito disso, acho que elas iam ficar até mais seguras, [...] Eu, seria muito bom, assim e bom se fosse mais próximo porque também o que implica muito que eu vejo é a distância. Tinha que ser igual um lugar assim mais próximo que eu falo assim não tão longe assim da casa, da residência, pra elas tarem assim mais animadas a ir. [...] Eu acho ótimo. **E10**	1. As mulheres sentiriam que são mais bem acompanhadas. 2. O serviço próximo à residência da mulher ajudaria pois o deslocamento é difícil.
Suma importância. De muita importância. [...] É um bebê que vai ir menas vezes ao médico, né? Se é uma mãe que trabalha fora, às vezes o bebê vai tá ali apresentando alergia, algum desconforto intestinal, porque já tá sendo introduzindo outros alimentos que uma vez ela orientada por esse serviço, poderia tá diminuindo ou não ter esse tipo de problema. Se ela tivesse orientada que o aleitamento materno, se ela tem leite, tô saindo pra trabalhar, e o neném pode tá amamentado do mesmo jeito, ele não vai ter aquele contato direto com ela, mas ele vai tá tomando o leite. [...] porque uma ou outra que vem a gente orienta, mas se tivesse um serviço assim seria uma referencia, acho que iria abordar mais o número de gestante. Acho que ia ser mais divulgado mais. **E11**	1. O município economizaria a longo prazo pois as crianças aleitadas não adoecem com frequência. 2. O serviço ajudaria a divulgar o aleitamento. **3.** Deveria orientar sobre coleta e armazenamento de leite.

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Expressão Chave	Ideia Central
Cê diz a nutriz, a mãe? Uai! Fundamental né? Porque mesmo que não seja muita, nesse momento aí a mulher ela não sabe pra onde que ela vai recorrer, se ela vai no ginecologista, se ela vai no pediatra e tal. Então se tiver a referencia é muito bom, porque qualquer dúvida que ela tiver, mesmo que não seja exatamente um problema ou dificuldade, mesmo pra esclarecer as dúvidas seria uma boa sim. **E12**	1. Seria um suporte para a mãe, pois ela saberia aonde recorrer em caso de dificuldade.
Ah, eu acho muito importante, porque a gente vê muito isso, muito. Muitas tem dificuldades de amamentar. Então assim, eu acho que seria muito interessante se tivesse um lugar pra gente poder tá no município né? Tá encaminhando. [...] Porque muitas não amamentam, deixam de amamentar pela dificuldade inicial, fala que não tem leite, que o leite é fraco, que não tá sustentando, que o peito rachou e assim não tem a perseverança. Muitas, é muitas mesmo, na nossa unidade tem muita mãe muito jovem, sabe? [...] Então assim, as vezes tendo um lugar específico pra isso, elas compartilhando experiências com outras sei lá, a mãe tendo que ir junto, alguém da família pra dar um apoio talvez ajudasse mais, porque aqui a gente faz o que a gente pode, mas as vezes... Talvez conseguisse mais mães que não desistissem de dar. **E13**	1. O serviço ajudaria as mães a não desistirem no início, quando existem as maiores dificuldades. 2. Seria um lugar para as mulheres compartilhar experiências e obter apoio.

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Expressão Chave	Ideia Central
Ele seria de extrema importância, primeiro que o município a gente tem, eu falo que a gente tem leite jogado fora materno. [...] eu falo que amamentar é uma terapia, e essa terapia ela tem que ser com muito amor. Então é, às vezes eu percebo que essa nutriz ela precisa mais é de um atendimento próximo, ali, tá junto com ela, verificando o que tá desmotivando ela. Porque quando ela me relata no consultório que ela tá em aleitamento materno exclusivo eu acredito na fala dela e eu não sei se realmente tá em aleitamento materno exclusivo, porque você percebe que essa mãe tá um pouco desmotivada. Eu acho que o município teria que oferecer um centro de referência primeiro para condicionar o leite materno, orientar em grande escala, não só no PSF sabe? E que essa mãe pudesse também saber: que se o meu leite tá sobrando alguém pode usar, da mesma forma que aquela aqui não consegue. Então seria pros dois extremos, aquela mãe que tem leite abundante e aquela que não tem, que igual eu falo, todo mundo produz leite, você tem que incentivar! **E14**	1. Deveria ter coleta de leite. 2. As mães precisam de um atendimento mais próximo, para identificar o motivo que a está desmotivando.
Acho que devia ter sim. Na verdade eu acho que deveria em cada posto de saúde ter do mesmo jeito que a gente tem que fazer os grupos, ter um profissional, né? Pra poder tá orientando essas mulheres quanto a amamentação mesmo. Eu acho que deveria ter sim. [...] pra que a gente possa marcar para as mulheres irem lá como se fosse uma consulta, pra poder tá ouvindo essas orientações quanto a amamentação. [...] Se tivesse uma abordagem, eh, com profissional capacitado que orientasse ela sobre as questões das as doenças que se pega através do AM, eh, ensinar como fazer a amamentação correta, entendeu? Que eu acho que seria uma boa. **E15**	1. Seria importante o profissional ir às unidades para dar capacitações e palestras. 2. O serviço deveria agendar consulta para as mães. 3. O serviço deveria ter uma equipe capacitada.

Quadro 14 – A percepção dos profissionais de saúde acerca da importância de um serviço de referência para aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno no município de Ribeirão das Neves.

Expressão Chave	Ideia Central
Ah, pra elas mesmas, assim... eh, adquirir né mais eh, conhecimento pra elas mesmas. [...] Igual eu falo, nem todo mundo tem planejamento , essas coisas [...] É importante. **E16**	1. Seria importante para as mães obterem mais conhecimento.
Acho importante sim. [...] A porque as vezes, mãe de primeira viagem fica muito perdida, [...] Essas meninas tem filhos aqui muito novas, com quatorze anos de idade elas já iniciam. **E17**	1. Seria um acompanhamento importante para mães adolescentes e para as primíparas.
Com certeza! Com certeza. [...] Porque muitas pessoas, eles não tem a noção das vantagens e as desvantagens. [...] E agora, se tivesse um estudo, uma capacitação mais direcionada, eu acredito que seria bem melhor, bem mais fácil. Porque por mais que eu falo, falo e explico, quando, quando, tem uma capacitação e tem mais pessoas de outros lugares, [...] e se a gente tivesse essa capacitação, uma coisa assim pra tá falando mais vezes, as pessoas eh, ia pelo menos tentar ouvir e querer fazer. **E18**	1. Seria um suporte para as mães. **2.** Deveria oferecer capacitação ou palestra na UBS.

DSC

IC1: Seria uma ação de promoção da saúde, gerando menos custo para o município para o tratamento de afecções da primeira infância.

Seria um ganho pro município, porque criança amamentada com certeza vai ter menos otite, menos laringite, então vai ser no futuro, a longo prazo um gasto menor pro município. É um bebê que vai ir menos vezes ao médico, né? Se é uma mãe que trabalha fora, às vezes o bebê vai tá ali apresentando alergia, algum desconforto intestinal, porque já tá sendo introduzindo outros alimentos que uma vez ela orientada por esse serviço, poderia tá diminuindo ou não ter esse tipo de problema. Eu acho importante, pela importância mesmo do aleitamento dentro da saúde, né, da criança mesmo, pelo o bem que você tá fazendo, cê tá evitando

várias infecções recorrentes, melhorando o sistema imunológico. Então é um investimento de principio que você vai ter um adulto mais saudável. (E2, E6, E11)

IC2: Seria um serviço de suporte para a UBS.

Então eu acho que tudo que vem pra melhorar é muito importante e é uma segurança maior. se tivesse um suporte maior com certeza seria bom tanto pra elas quanto pra gente também né? Que teria pra onde encaminhar. Seria importante justamente pra trabalhar essas questões, esses casos que a gente não consegue resolver. Porque a gente não tem muito suporte, o suporte que a gente tem até aonde eu sei é aqui na unidade. Porque igual na outra pergunta você tinha me perguntado se a gente referencia pra outro lugar, até onde eu sei a gente não tem esse outro lugar pra referenciar, então a gente se resolve aqui mesmo. (E1, E4)

IC3: O serviço deveria ser composto por uma equipe multidisciplinar e capacitada.

Porque lá, como esse serviço já tá assim, pra isso, pra orientar mesmo as mamães, eles tem mais capacitação para orientar melhor do que a gente que trabalha em posto de saúde e não tem uma capacitação adequada, então eu acho que seria uma boa solução pra isso. Eu acho que seria importante nesses casos de que, eu acho que uma equipe multidisciplinar pra trabalhar essas questões, uma psicóloga, uma enfermeira e talvez uma obstetra, não sei. Se tivesse uma equipe multiprofissional capacitada. Porque assim ia orientar mais, porque são pessoas assim capacitadas só pra aquela, aquela ocasião. Não que o profissional da unidade não vá, mas se tivesse um centro de referência, seria muito mais fácil pra poder tá acompanhando. Se tivesse uma abordagem, eh, com profissional capacitado que orientasse ela sobre as questões das doenças que se pega através do aleitamento materno, eh, ensinar como fazer a amamentação correta, entendeu? (E1, E3, E5, E9, E15)

IC4: O serviço de referência ajudaria pois a equipe da UBS é sobrecarregada.

E aí às vezes ajudaria até a gente também do posto, do PSF, que fica tudo acumulado no posto. Muita coisa pra pouco profissional, então cê tem que ser generalista, então acaba que cê focar numa coisa só, acaba que cê faz pouco de

muita coisa, né? Porque a gente não é máquina, então ao meu ver é isso, então seria interessante ter um referência. (E1, E9)

IC5: Seria um suporte para as mães, para os bebês e ajudaria a divulgar o aleitamento.

Porque eu acho assim, elas ia se sentir até assim porque, mais até mais acompanhadas, porque aqui a gente não deixa de acompanhar, mas se elas soubessem que tem um serviço ali, pra elas a respeito disso, acho que elas iam ficar até mais seguras. Porque mesmo que não seja muita, nesse momento aí a mulher ela não sabe pra onde que ela vai recorrer, se ela vai no ginecologista, se ela vai no pediatra e tal. Então se tiver a referencia é muito bom, porque qualquer dúvida que ela tiver, mesmo que não seja exatamente um problema ou dificuldade, mesmo pra esclarecer as dúvidas seria uma boa sim. Muitas tem dificuldades de amamentar. Então assim, eu acho que seria muito interessante se tivesse um lugar pra gente poder tá no município né? Tá encaminhando. Porque muitas não amamentam, deixam de amamentar pela dificuldade inicial, fala que não tem leite, que o leite é fraco, que não tá sustentando, que o peito rachou e assim não tem a perseverança. Muitas, é muitas mesmo, na nossa unidade tem muita mãe muito jovem, sabe? Então assim, às vezes tendo um lugar específico pra isso, elas compartilhando experiências com outras sei lá, a mãe tendo que ir junto, alguém da família pra dar um apoio talvez ajudasse mais, porque aqui a gente faz o que a gente pode, mas às vezes... Talvez conseguisse mais mães que não desistissem de dar. E vai assim esclarecer muita dúvida de muita gente. Igual tem muita mãe nova, muita menina nova que tá engravidando, que tem muita dúvida, né? E tendo um lugar assim pra ajudar quem tem dificuldade é legal. Essas mãezinhas que tem bebês prematuros e o bebê não consegue sugar de forma adequada, e nós trabalhamos do jeito que nós podemos, mas se tivesse um serviço especializado, bem focado pra essa mãe tá indo pontualmente, seria muito bom. Então não são nem todas as crianças aqui que passam pelo pediatra. Porque muitas pessoas, eles não tem a noção das vantagens e as desvantagens. Mãe de primeira viagem fica muito perdida, essas meninas tem filhos aqui muito novas... pra elas mesmas, assim... eh, adquirir né mais eh, conhecimento pra elas mesmas. Pra poder dar um suporte mais profissional pra mulher e pra criança, sem dúvida ajudaria bastante. Dar esse suporte pra mãe, além do suporte psicológico que ela precisa, certamente

ajudaria bastante. Então eh... às vezes eu percebo que essa nutriz ela precisa mais é de um atendimento próximo, ali, tá junto com ela, verificando o que tá desmotivando ela. Porque quando ela me relata no consultório que ela tá em aleitamento materno exclusivo eu acredito na fala dela e eu não sei se realmente tá em aleitamento materno exclusivo, porque você percebe que essa mãe tá um pouco desmotivada. Pra que a gente possa marcar para as mulheres irem lá como se fosse uma consulta, pra poder tá ouvindo essas orientações quanto a amamentação. . Não só nessa parte de aleitamento, mas assim, uma coisa pra ela mesmo, até antes, durante a gestação, uma coisa que ela pudesse desenvolver cursos, como tem em BH né? Que ela desenvolvesse a gestação toda, pra quando ela tivesse a criança ela se sentisse mais segura. Mas se tivesse um serviço assim seria uma referencia, acho que iria abordar mais o número de gestante. Acho que ia ser mais divulgado mais. (E1, E6, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18)

IC6: O serviço iria favorecer à população pois o deslocamento para Belo Horizonte para acompanhamento é difícil.

Seria muito bom, assim e bom se fosse mais próximo porque também o que implica muito que eu vejo é a distância. Tinha que ser igual um lugar assim mais próximo que eu falo assim não tão longe assim da casa, da residência, pra elas tarem assim mais animadas a ir. Mas se a mãe tiver um treinamento alguma coisa se tiver dificuldade, eu acho que vai ajudar bastante. E aqui em Neves, porque sair daqui que é o difícil entendeu? Fato assim de passagem, né? Agora tano aqui, eu acho que elas vão gostar bastante. (E8, E10)

IC7: O serviço poderia atender nas UBS, oferecendo capacitação para a equipe e palestras educativas.

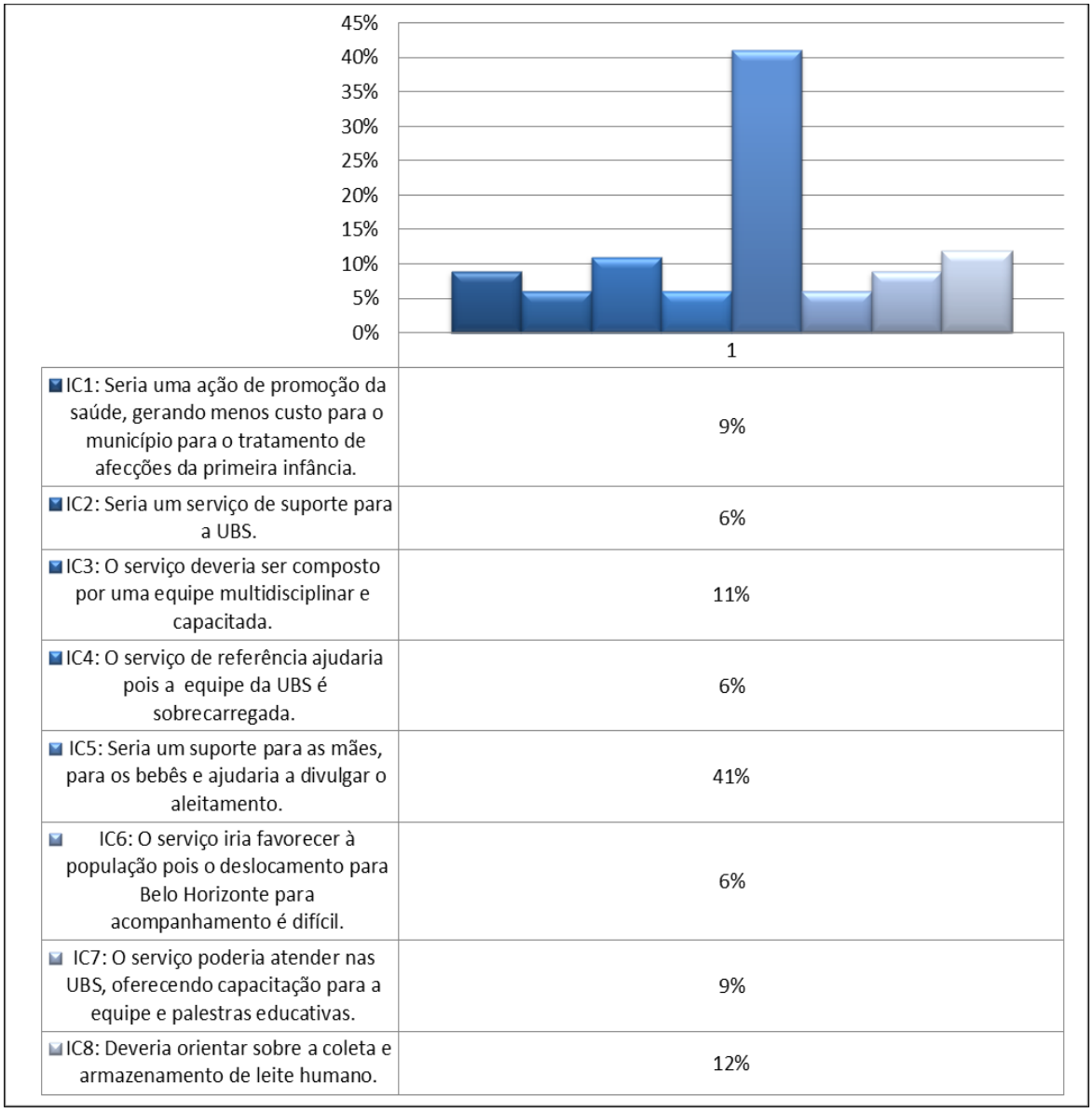
Até mesmo pra nós profissionais talvez, por mais que a gente acha que já viu tudo, tem tantas coisas novas que a gente pode tá vendo. Maneiras, formas diferentes que vocês poderiam tá passando de abordar essas mulheres, essas dificuldades que as mulheres têm, não sei. Talvez seria bom ter mais capacitação. Acho que aqui nunca teve, depois que eu tô aqui nunca teve nada sobre o aleitamento materno, nenhuma capacitação, nem folder que manda pra gente, nunca teve nada, nesse um ano e três meses que eu to aqui no município a gente nunca teve

nenhuma capacitação, nem um incentivo por parte da coordenação, é, da Secretaria de Saúde, pra, de treinar a equipe, mandar os ACS, que às vezes a gente fica até sem tempo de trabalhar com os meninos também, e é tanta coisa, então vir alguém, e é bom quando vem alguém de fora, um especialista né? Então seria interessante pros ACS principalmente, eu acho, ter mais esse apoio, ter mais capacitação, pra eles nessa questão da amamentação pra trabalhar junto com essas famílias. Seria interessante. Na verdade eu acho que deveria em cada posto de saúde ter do mesmo jeito que a gente tem que fazer os grupos, ter um profissional, né? Pra poder tá orientando essas mulheres quanto a amamentação mesmo. Se a gente tivesse essas palestras, que essa menina viesse e desse essas palestras frequentemente, uma vez por mês, ou algo assim, eh... seria muito bom pra gente, porque eu acho que aumentaria o tempo de amamentação, o que é fundamental na minha opinião, eu acho que iria prevenir mastite e outros tipos de coisa. Mas melhor do que uma unidade, eu acho que seria muito bom essas palestras frequentes, na minha opinião. E agora, se tivesse um estudo, uma capacitação mais direcionada, eu acredito que seria bem melhor, bem mais fácil. Porque por mais que eu falo, falo e explico, quando, quando, tem uma capacitação e tem mais pessoas de outros lugares, e se a gente tivesse essa capacitação, uma coisa assim pra tá falando mais vezes, as pessoas eh, ia pelo menos tentar ouvir e querer fazer. (E1, E7, E15, E18)

IC8: Deveria orientar sobre a coleta e armazenamento de leite humano.

Primeiro que o município a gente tem, eu falo que a gente tem leite jogado fora materno. Eu acho que o município teria que oferecer um centro de referência primeiro para condicionar o leite materno, orientar em grande escala, não só no PSF sabe? Mas eu acho que seria interessante um serviço, talvez um banco de leite, vinculado ao hospital, à maternidade do São Judas que teria essa equipe pra esse suporte, seria interessante também. E a mãe também poderia doar o leite nesse serviço, poderia tá melhorando a vida de outras crianças. Se ela tivesse orientada que o aleitamento materno, se ela tem leite, tô saindo pra trabalhar, e o neném pode tá amamentado do mesmo jeito, ele não vai ter aquele contato direto com ela, mas ele vai tá tomando o leite. (E1, E6, E11, E14)

Gráfico 15 - Considerações dos profissionais de saúde sobre a implantação de um serviço de referência para o atendimento do aleitamento no Município, Ribeirão das Neves, 2012.


45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
1
IC1: Seria uma ação de promoção da saúde, gerando menos custo para o município para o tratamento de afecções da primeira infância. 9%
IC2: Seria um serviço de suporte para a UBS. 6%
IC3: O serviço deveria ser composto por uma equipe multidisciplinar e capacitada. 11%
IC4: O serviço de referência ajudaria pois a equipe da UBS é sobrecarregada. 6%
IC5: Seria um suporte para as mães, para os bebês e ajudaria a divulgar o aleitamento. 41%
IC6: O serviço iria favorecer à população pois o deslocamento para Belo Horizonte para acompanhamento é difícil. 6%
IC7: O serviço poderia atender nas UBS, oferecendo capacitação para a equipe e palestras educativas. 9%
IC8: Deveria orientar sobre a coleta e armazenamento de leite humano. 12%

Um serviço de referencia para o AM *"seria um suporte para as mães, para os bebês e ajudaria a divulgar o aleitamento",* conforme IC5, ideia central que atingiu 41% das intenções dos sujeitos. Complementando, a IC8 mostra que "*o serviço iria favorecer a população, pois o deslocamento para Belo Horizonte para acompanhamento é difí*cil" e oneroso, acrescentaríamos. Além do suporte oferecido, não sair da própria área e não gastar com idas e vindas facilitam a vida da mulher que amamenta. É importante frisar que estes serviços devem, contudo, superar a velha ideia de encaminhamento (e de referência e contra referência),

tornando possível o vínculo terapêutico entre usuários e profissionais e, com isso, o atendimento fica mais próximo do usuário e das equipes que o conhecem há mais tempo (BRASIL, 2004a).

O serviço de referência “seria um serviço de suporte para a UBS” (IC2), lembrando-se de que o papel do cuidador da UBS, a partir do contato frequente com os usuários, favorece a criação de vínculos com a nutriz e sua família. Assim, propicia que os profissionais atuem não somente na intervenção curativista, mas precisam, também, ser capazes de acolher emocionalmente esta mulher que pode trazer consigo uma dúvida, uma dificuldade ou ambos. O profissional de saúde deveria escutar mais o que a mulher e sua família apresentam de dificuldade e explanar menos (CASTRO et al., 2012; PEREIRA et al., 2010).

Dentre outras relevâncias apontadas, encontram-se que “o serviço deveria ser composto por equipe multidisciplinar e capacitada, que deveria ofertar capacitação para a equipe e palestras educativas além de orientar à nutriz acerca de coleta e armazenamento de leite humano”. Essas sugestões encontram eco nos Programas do Ministério da Saúde e desvelam que a equipe sente necessidade de se auto capacitar para o exercício efetivo da educação materna que lhe cabe.

O incentivo ao aleitamento materno provoca um impacto positivo nas taxas de AME. Embora o incentivo e a orientação sejam debatidos, frequentemente, no pré-natal, observa-se que o acompanhamento no puerpério e até os seis meses da criança auxiliam a mãe na manutenção do AME. Dessa forma, gera benefícios para a mulher, para o bebê e para o serviço de saúde, uma vez que a criança aleitada adoece com uma frequência muito menor (ALBERNAZ E VICTORA, 2003; CASTRO et al., 2012; PARADA et al*.,* 2005; CALDEIRA, FAGUNDES E AGUIAR, 2008).

A partir das leituras realizadas, o serviço de referência assume um papel de apoio. Em nenhum momento poderia substituir as ações da UBS, tão pouco interferir no vínculo estabelecido entre os profissionais e o binômio mãe-filho.

Ressalta-se que 100% dos sujeitos acreditam que a criação do serviço de referência é excelente, ótimo, bom ou importante para o aconselhamento e manejo clínico do aleitamento materno.

Quando questionados, ***"Com base na sua prática profissional de saúde, cite algumas características que você considera essenciais para esse serviço"***, várias sugestões foram assinaladas e, para maior visibilidade, foram colocadas na Tab. 12:

Tabela 13 - Relação das características essenciais para o funcionamento do serviço de referência em aleitamento materno a partir da percepção dos profissionais de saúde, Ribeirão das Neves, 2012.

	n	%
Treinamento para a equipe de saúde	3	8%
Realizar um acompanhamento na UBS	5	14%
Equipe multidisciplinar capacitada	6	17%
Orientação, incentivo e apoio, além de material educativo para gestante/puérpera	12	33%
Criação de um banco de leite	6	17%
Realizar oficinas de Terapia Ocupacional	1	3%
Possuir infraestrutura adequada	2	5%
Não criar um fluxograma burocrático	1	3%

A expectativa dos entrevistados é que o serviço de referência seja estruturado, tanto fisicamente quanto em recursos humanos, sendo composto por uma equipe capacitada e multiprofissional. Para tanto, faz-se necessário um projeto que

compreenda a formação profissional, ações de promoção, proteção e apoio ao AM e o envolvimento social da nutriz para consolidar a rede capilarizada do AM.

Essas ações estão previstas, em maior escala, no projeto da Rede Amamenta Brasil, que objetiva a capacitação dos profissionais da Atenção Primária a Saúde e sua comunidade.

Podemos citar um projeto desenvolvido por uma equipe de consultores internacionais em lactação, lotados na União Europeia, apresentado em uma Conferência da União Europeia sobre a Promoção do Aleitamento Materno no ano de 2004. Este projeto tem como objetivo melhorar os índices de AME na União Europeia, bem como monitorá-los e fortalecer ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Este projeto diferencia-se das iniciativas brasileiras, pois ele propõe um modelo de projeto de ação a ser utilizado por qualquer esfera governamental, por qualquer entidade ou organização de saúde ou de promoção do AM. Acredita-se que “(...) as actividades específicas para a protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno devem ser apoiadas por um plano eficiente de informação, educação e comunicação, e por formação adequada ao nível pré-graduado e em serviço” (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2004, p. 10).

Percebemos que a expectativa dos profissionais de saúde do município de Ribeirão das Neves, acerca da criação de um serviço de referência para o apoio, proteção e incentivo ao aleitamento materno, aproxima-se da proposta criada na União Europeia em fusão com a proposta da RAM. Faz-se necessário ressaltar que este serviço de referência não tem como objetivo reproduzir tais projetos citados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa permitiram tecer as seguintes considerações:

Foram identificadas 60 ideias centrais nas entrevistas, formando, portanto, 60 DSC´s correspondentes. Há, deste modo, uma grande variedade de representações sociais para a população estudada sobre o tema da pesquisa, sugerindo que os profissionais de saúde utilizam-se dos saberes populares intrínsecos para conduzir a prática profissional, gerando manejos, condutas e crenças muito divergentes acerca do AM.

Esta constatação pode ser reflexo da ausência de capacitação e sensibilidade para o AME, reforçando a necessidade de direcionar ações para modificar este cenário. Assim, os DSC´s, com maior representação, permitem ponderar:

Os profissionais de saúde identificam os benefícios do AM para o bebê e para a mãe e a importância da prática do aleitamento materno. Identificam, também, a necessidade de motivar e apoiar a mulher para realizar o AME, porém não se sentem corresponsáveis por esta motivação e apoio, descrevendo o papel da família neste processo.

Declaram que o trabalho materno e a amamentação são uma combinação conflituosa e difícil, exercendo um impacto negativo nesta prática. Ressaltam que as mulheres não realizam a ordenha e armazenamento do leite humano, mas, questiona-se se esta mulher é orientada e estimulada a realizar esta prática.

As orientações realizadas pelos profissionais para a prática do AM e do desmame são realizadas segundo o protocolo municipal ou de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, porém, observam-se discrepâncias significativas nas orientações, sugerindo uma deficiência na capacitação desses profissionais sobre os temas em questão.

Quanto às intercorrências advindas do aleitamento, percebe-se que os profissionais as consideram fáceis de resolver, desvalorizando as dificuldades enfrentadas pela mulher que não possui natureza biológica para o manejo clínico do AM. Este cenário sinaliza que os profissionais não estão preparados para realizarem o aconselhamento e apoio ao AM, conforme as diretrizes da OMS e UNICEF, presentes no material do IHAC.

Em relação à organização das práticas desenvolvidas pela UBS para promoção do aleitamento materno, percebe-se que a maioria (89%) das unidades realiza o grupo de gestante, utiliza a metodologia de palestra com a participação ativa das gestantes (79%) e é realizado pela enfermeira da unidade (38%). Cabe ressaltar que o grupo de gestante aborda vários temas pertinentes à gestação e destina alguns momentos para discutir sobre o AM. A partir da discussão realizada durante o trabalho, pode-se perceber que a metodologia utilizada é insuficiente para promover o AM. Seria necessário um envolvimento maior da equipe para realizar as atividades, e a elaboração de um momento específico para a promoção do AM, ocorrendo preferencialmente em no mínimo dois encontros.

Apreende-se que não há uma rotina específica para a realização da visita domiciliar do binômio mãe-filho. Isso nos sugere que existe uma desvalorização do puerpério imediato, momento difícil e delicado onde se estabelece ou não a prática do AME.

Diante de qualquer dificuldade na condução de casos na vigência da mulher apresentar dificuldades ou intercorrências no AM, 35% encaminham para a enfermeira da unidade e 17% relatam que não sabiam que poderia encaminhar e os demais encaminham para outros profissionais da UBS ou do município. Infere-se que há uma sobrecarga do profissional enfermeiro e uma ausência de protocolo específico no município para o encaminhamento e condução desses casos.

Gravemente, 94% dos profissionais nunca realizaram alguma capacitação, curso ou treinamento em AM. Como exigir desses profissionais um manejo clínico correto, uma técnica de aconselhamento correta, ou até mesmo estarem sensibilizados pela importância da prática do AME? Urge a necessidade de realizar

capacitações e momentos de discussão acerca do tema em questão para os profissionais de saúde do município de Ribeirão das Neves.

O índice de AM no município é de 30%, classificado como Ruim pela OMS, exigindo o desenvolvimento de atividades, programas ou serviço de promoção, apoio e aconselhamento em AM. As variáveis que tiveram correlação com o baixo índice de AM no município foram o uso de mamadeira e a idade da criança. Tais variáveis não são capazes de justificar este cenário, tornando-se necessárias outras pesquisas para buscar compreender o motivo que levam as mulheres a não aderirem a prática do AM.

Identificou-se o início precoce da alimentação complementar e a utilização de alimentos não recomendados para a idade da criança. Diante desta informação, questiona-se: se o profissional de saúde não é capacitado, como oferecer uma orientação correta para a mulher e sua família sobre o AM, desmame e introdução da alimentação complementar?

No presente estudo buscou-se *identificar as práticas alimentares em crianças menores de um ano*, para melhor compreender a prática do AM. A partir das leituras realizadas, percebe-se que esta prática pode estar ligada a fatores culturais, o que não se pode afirmar, pois não foi o objetivo da pesquisa. Assim, sugere-se a realização de novos estudos que procurem compreender o motivo da introdução precoce da alimentação complementar em menores de seis meses.

Não houve relação estatística entre as variáveis “trabalho materno, grau de instrução materna, número de filhos, tipo de parto, aleitamento na primeira hora de vida, peso da criança a nascer” e o AME na população estudada. Faz-se necessário, portanto, novas pesquisas para buscar correlacionar outras variáveis à deficiência do AME no município.

Identificou-se que a realidade do AME no município de Ribeirão das Neves é ruim, carecendo de uma intervenção imediata e eficiente para modificar este cenário.

A proposta de intervenção social para esta realidade é a criação do Núcleo de Aconselhamento, Manejo e Apoio ao Aleitamento Materno, no município, que tem como objetivo melhorar os índices de AME no município e oferecer suporte técnico aos profissionais da APS.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOCIAL

7.1 Título do projeto

NÚCLEO DE ACONSELHAMENTO, MANEJO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

NAMAM

7.2 Identificação Inicial

Conforme as exigências do Mestrado Profissional, a pesquisa desenvolvida deve gerar um fruto de intervenção social, visando à transformação da realidade do universo da pesquisa. Assim, o produto técnico desenvolvido a partir dos dados obtidos com a pesquisa é a criação de um Núcleo de Aconselhamento, Manejo e Apoio ao Aleitamento Materno (NAMAM), no município de Ribeirão das Neves.

O objetivo dessa proposta, compreendida como intervenção social, é de propor mudanças na compreensão e na prática do aleitamento materno da nutriz e sua família, da sociedade e dos profissionais de saúde.

7.3 Caracterização do problema

A criação do NAMAM faz-se necessária, pois foi identificado que o índice de aleitamento materno exclusivo no município de Ribeirão das Neves é de 30%, muito aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde que considera Muito Bom um índice acima de 90% (BRASIL, 2009a).

Observou-se, também, que há uma divergência e, por vezes, uma deficiência na prática de orientação e apoio ao AM, bem como na orientação para o desmame pelos profissionais de saúde da APS. Notou-se, ainda, uma deficiência na capacitação dos profissionais de saúde deste município acerca do AM e desmame.

Este projeto de intervenção social busca atender dois grupos sociais:
1) A nutriz, sua família e comunidade e,
2) Os profissionais de saúde do município de Ribeirão das Neves.

Para tanto, o NAMAM será instalado no Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS) de Ribeirão das Neves. O CVVRS é um programa de redução da mortalidade materno-infantil, sendo referência para gestação de alto risco, recém-nascidos prematuros e de baixo peso, crianças asmáticas graves ou bebê chiador, além de atender mastologia, urologia, infertilidade e atendimento psicológico e com assistente social. Portanto, este serviço de atendimento multidisciplinar atende às solicitações dos entrevistados, ao considerarem que o serviço deve possuir uma equipe multiprofissional capacitada e em um local físico apropriado (MINAS GERAIS, 2007).

Ao atender a nutriz, sua família e comunidade e ser uma referência para os profissionais de saúde, o NAMAM pretende diminuir o fosso existente entre a prática e a teoria acerca do AM e desmame, bem como auxiliar no estabelecimento do vínculo entre o binômio mãe e filho e melhorar os índices de AME no município.

7.4 Análise da demanda

A necessidade da criação do NAMAM foi identificada pela pesquisadora, a partir da sua experiência profissional na Maternidade do HSJT. Durante a assistência prestada às puérperas atendidas neste Hospital, pôde-se notar que as gestantes relatavam que não recebiam orientações acerca do AM durante o pré-natal, acarretando dificuldades para o início do aleitamento logo após o parto.

A partir desta percepção, a pesquisadora buscou a opinião dos entrevistados sobre a criação de um serviço de referência para o AM e identificou que 100% dos entrevistados consideram que o serviço seria ótimo, bom ou excelente. Os entrevistados expressaram também a opinião do que consideravam como essencial para a criação do serviço de referência, informações que nortearam a elaboração deste projeto.

A baixa prevalência do AME não é exclusividade do município de Ribeirão das Neves. Em Terezina, Piauí, o índice de AME foi de 19% em 2010 (RAMOS et al., 2010), no município de Pelotas, Rio Grande do sul, foi de 33,7% em 2010 (STEPHAN, CAVADA e VILELA, 2010) e em Serrana, São Paulo, este índice foi de 29,8% em 2009 (QUELUZ et al., 2012). Os autores consideram que para modificar este cenário, seria imprescindível capacitar os profissionais lotados nos PSF´s, melhorar a atuação deste programa em ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e implementar ou implantar ações de apoio ao aleitamento materno em diversos setores da saúde, atuando em todos os momentos de acolhimento do binômio mãe e filho.

Brasileiro et al.(2010) identificaram relação estatística entre a participação de um programa de apoio ao AM e a manutenção do AME por um período maior entre mulheres trabalhadoras formais.

O município de Ribeirão das Neves possui várias limitações que dificultam a atuação dos profissionais de saúde. É um município carente, referência de presídios, com pouco investimento de indústrias e comércio. Segundo o

Departamento de Atenção Básica, em 23/03/2013, o município possui uma população de 229.729 habitantes, com 34 ESF implantadas e uma cobertura do PSF de 39,14% (BRASIL, 2013).

Esta realidade sobrecarrega as ESF existentes, dificultando o desenvolvimento de atividade de promoção de saúde, em qualquer área. Exigir que os profissionais, já sobrecarregados, executem ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, sem uma rede de apoio, é assinar um possível fracasso no desenvolvimento dessas ações.

Portanto, o NAMAM pretende ser um serviço de apoio aos profissionais, à comunidade e à nutriz, atendendo casos de dificuldade no AM e oferecendo suporte e capacitação para os profissionais da ESF.

Buscando o fortalecimento da rede de apoio social do aleitamento materno, o NAMAM pretende criar a figura da Mokamby*.* Uma expressão em tupi-guarani que significa “dar de mamar”, derivando da palavra Kamby – leite do peito (EDELWEISS, 1969, p. 269-270). Agregando outros significados que permanecem subjetivos à expressão utilizada, Mokamby pode também ser definida como “a conselheira” e “a protetora”, considerando a sílaba “mo”, presente nos nomes Monique (de origem francesa) e Lamona (de origem havaiana), (SIGNIFICADO DOS NOMES, 2013c). Assim sendo, Mokamby, para este fim, será considerada como: *“aquela que* a*conselha e protege o ato de amamentar”.*

A Mokamby é uma figura social oriunda da comunidade, sendo uma mulher que possui uma experiência positiva com o aleitamento materno e que esteja disponível para auxiliar as puérperas da sua região voluntariamente. Ao receber uma capacitação em aleitamento materno e desmame, torna-se uma reprodutora das técnicas de aconselhamento e apoio do AM *in locu*, favorecendo o estabelecimento da prática de aleitar.

Assim como a Doula, uma figura social de apoio e suporte durante o trabalho de parto e pós parto (LEÃO e BASTOS, 2001) , a Mokamby é uma figura de apoio e suporte ao AM. A rede de apoio ao AM é eixo básico da RAM, que considera a

necessidade de uma rede capilarizada para o manejo do AM, alcançando a mulher em seu lar, com sua família (BRASIL, 2009f). De acordo com as discussões tecidas anteriormente, percebemos que a prática de aleitar é envolvida de influências culturais, sociais, fisiológicas, psicológicas e de experiências anteriores (seja da própria mulher, de familiares ou de vizinhas, amigas e conhecidas). Portanto, a formação de uma mulher da comunidade para intervir de forma positiva nessas influências é de suma importância para que a prática do AME se estabeleça solidamente.

A Mokamby torna-se um suporte tanto para a mulher que amamenta e sua família, como para os profissionais de saúde das APS´s, que poderão estabelecer uma parceria de trabalho com a Mokamby, para atender aquelas demandas iniciais do AM que muitas vezes eles não são capazes de fazê-lo. Assim, a rede capilarizada proposta pelo MS torna-se viável, sendo a Mokamby uma extensão dos nossos braços e das nossas pernas dentro da comunidade.

Os profissionais deste estudo elencaram, prioritariamente (41%), que a implantação de um serviço de referência, "*IC5: Seria um suporte para as mães, para os bebês e ajudaria a divulgar o aleitamento."*, e que deveria oferecer *"Orientação, incentivo e apoio, além de material educativo para gestante/puérpera"* em 33% dos relatos. Em somente 8% dos relatos, houve a solicitação de oferecer *"Treinamento para a equipe de saúde".* Percebe-se que os profissionais esperam que o NAMAM seja um serviço para encaminhamento, não de referência. Entende-se, assim, que os profissionais querem cuidados, querem criar vínculos e se capacitarem.

Entretanto, apesar das limitações e dificuldades do município, a proposta de intervenção é de um Núcleo de **Apoio,** não substituindo a atuação do PSF, tão pouco retirando deste a responsabilidade de promover e apoiar o AM. Pretende-se ser uma linha guia para os profissionais, comunidade, bem como para a nutriz e sua família, considerando as deficiências encontradas.

7.5 Concepções e saberes que orientam a intervenção

A pesquisadora é funcionária efetiva da prefeitura de Ribeirão das Neves, lotada no CVVRS, favorecendo a implantação e desenvolvimento do NAMAM.

O norteador para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM é o Ministério da Saúde e seus protocolos. Cabe ressaltar a importância dos protocolos desenvolvidos em parceria deste Ministério com a UNICEF e OMS.

Tão importante quanto o conhecimento teórico acerca do AM, é escutar a mulher, sua família e também os profissionais de saúde. O aconselhamento em AM prevê a valorização do conhecimento prévio do indivíduo acerca do tema e o respeito às limitações e decisões da mulher.

Assim, o desenvolvimento de competências não acadêmicas, como a escuta, o respeito, a solidariedade, entre outras são essenciais para a equipe do NAMAM e para a Mokamby. Para tanto, propõe-se a capacitação em aconselhamento em AM, oferecida pela Secretaria Estadual de Saúde, através da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, para a equipe do Núcleo. Esta capacitação permite a mudança de perspectiva dos profissionais sobre a sua prática profissional, e possibilita a criação de espaços de discussão no serviço e a capacitação da Mokamby dentro do NAMAM.

7.6 Mapeamento do contexto da intervenção e das articulações no contexto

A proposta de intervenção traria benefícios para a mulher e sua família, para a comunidade, para os profissionais de saúde e para o município. Considerando os benefícios para a mulher e sua família, poderíamos citar: o apoio e orientação, a garantia de atendimento, a visão holística e o atendimento multidisciplinar. No que tange à comunidade, poderíamos citar: a mulher acolhida e orientada repercute positivamente nos cuidados com a criança e na relação social, a criança aleitada

adoece menos e gera menos situações de estresse na comunidade e diminui a propagação de mitos e crenças que influenciam negativamente no AME.

Considerando os profissionais de saúde, poderíamos afirmar que o NAMAM ofereceria suporte e apoio, fortalecendo o vínculo entre as unidades de saúde e subsidiando o manejo clínico do AM na APS. E por fim, o município seria beneficiado em longo prazo, em diversos aspectos tais como: teria um índice de adoecimento infantil menor, aumentaria os índices de AME atendendo às exigências da OMS e MS, poderia concorrer ao Prêmio BíbiVogel, além de desenvolver um serviço pioneiro na região metropolitana e capital.

O NAMAM seria um investimento municipal, não contemplando organizações de terceiro setor ou entidades particulares. Deve-se citar que a equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista), já compõe a equipe do CVVRS, sendo necessária apenas a capacitação destes e o estabelecimento de um fluxo interno para a atuação de cada profissional.

O projeto relaciona-se com os programas do Ministério da Saúde, como a RAM e a IHAC, atuando em consonância com estes, não os substituindo. O NAMAM atuaria no fortalecimento da rede de apoio ao AM, proposto pela RAM e estabeleceria o aconselhamento e incentivo ao aleitamento, proposto pela IHAC. Portanto, atuaria de forma complementar a estes programas.

7.7 A questão da participação dos diversos atores sociais envolvidos

Os atores envolvidos neste projeto são os profissionais da equipe do CVVRS, e a Mokamby, conforme já citada, atuando cada uma dentro das especificações de sua profissão, mas em um bem comum que é a promoção e apoio ao AM.

A mobilização social acontecerá a partir dos PSF´s, por meio do estímulo ao AM e com a participação da nutriz e sua família nas ações desenvolvidas pelo NAMAM para a promoção e apoio ao AM, além da formação da Mokamby para atuar na comunidade. A participação social no processo de promoção do AM é fundamental,

considerando que a sociedade tem a capacidade de influenciar positiva ou negativamente a nutriz no seu processo de amamentação.

Para que o apoio ao AM aconteça, é indispensável que a mulher e sua família explanem sobre o conhecimento prévio acerca do AM. Portanto, para realizar ações de promoção ao AM devem-se considerar os conhecimentos e crenças prévios da comunidade.

A participação da nutriz, sua família e comunidade no NAMAM procura aumentar os conhecimentos sobre o AM, desmistificar as crenças e mitos que interferem negativamente na prática do aleitamento e promover práticas de incentivo ao AM, considerando os inúmeros benefícios para o bebê e para a mãe desta prática.

7.8 Dimensões afetivas e simbólicas e fatores socioeconômicos/culturais

Como o AM é permeado de mitos e crenças, modificar a prática do aleitamento materno para garantir um maior índice de AME, obrigatoriamente deverá interferir na cultura, crenças e valores da população e dos profissionais de saúde.

Oliveira et al. (2006), ao analisarem o impacto das influências populares na assistência à saúde do PSF, observaram que as crenças, ligadas ou não ao AM, são realizadas pela sociedade para cuidar dos entes queridos, acreditando que é o melhor a ser feito. Para os autores, gerar uma mudança cultural no modo de conduzir o aleitamento, é necessário que os profissionais de saúde compreendam o contexto social e cultural da comunidade para propor mudanças pertinentes ao local. A Mokamby torna-se portanto, um elo de ligação sólido entre a mulher e sua família e a ESF.

A mulher é a protagonista do aleitamento materno, exigindo que os profissionais de saúde, a comunidade e a família, escutem, valorizem e empoderem esta mulher para a sua prática do AM (BRASIL, 2009a). Este novo paradigma de atendimento à mulher e sua família, exige profissionais e pessoas da comunidade não só capacitados tecnicamente mas sensibilizados acerca das dificuldades do aleitamento.

7.9 Saberes e instrumentais (dispositivos) de análise e de intervenção

O NAMAM, como um serviço de apoio, busca a promoção da saúde, através da metodologia ativa, que busca emergir da sociedade os significados sobre o AM, as dificuldades e as propostas para sua resolução (BRASIL, 2011a).

O uso desta metodologia acontecerá por meio de grupos operativos, consultas individuais e do curso de capacitação da Mokamby.

Ao utilizar esta metodologia, inevitavelmente ocorrerá um questionamento do indivíduo sobre a sua prática e lentamente haverá uma mudança de perspectiva e consequentemente de atitude. Mobilizar os saberes culturais e promover a sua mudança é um processo longo e contínuo, exigindo uma mudança de quem promove a mudança (Oliveira et al., 2006; BRASIL, 2011a).

7.10 Dilemas e formas de enfrentamento dos dilemas no processo de intervenção

O principal dilema identificado no desenvolvimento deste projeto é, possivelmente, a dificuldade de promover a mudança dos atores, ou seja, da mulher e sua família. Não menos difícil, será modificar a prática assistencial desenvolvida pelos profissionais de saúde e a cultura das mulheres dispostas a serem uma Mocamby.

Para enfrentar tais dificuldades buscaremos apoio na metodologia ativa de aprendizagem, nas capacitações em serviço e nas técnicas de aconselhamento propostas pela IHAC e pela RAM.

7.11 Articulação teórico-prática com o trabalho de conclusão de curso

O NAMAM se articula com a pesquisa, pois pretende atender as necessidades advindas dos profissionais de saúde, de deficiência na capacitação e conduta de

manejo clínico, além de buscar melhorar os índices de AME no município através do apoio e incentivo à mulher e sua família.

Como a pesquisadora é lotada no CVVRS, a mesma pretende atuar diretamente no NAMAM no que concerne à assistência e organização do serviço, juntamente com a coordenação do CVVRS, com a coordenação da Saúde da Mulher do município e com a equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Rede Amamenta Brasil:** os primeiros passos (2007 – 2010). Brasília, Distrito Federal. 2011a.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura de Saúde da Família.** Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php em 23/03/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da criança:** nutrição infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília, Distrito Federal, 2009a.

BRASILEIRO, Aline Alves. et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Caderno de Saúde Pública**. v. 26, n.9, p. 1705-13, 2010.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas: Apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 9, n. 3, p. 90-4, 2001.

MINAS GERAIS. **Manual de Mobilização Social.** Viva Vida: Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna. 2007.

OLIVEIRA, Aline Teles Soares Alencar de. Et al. Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no Programa Saúde da Família. **RBPS**, v.19, n. 1, p. 11-18, 2006.

QUELUZ, Mariângela Carletti. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil**. Rev Esc Enfermagem USP**, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.

RAMOS, Carmem Viana. et al. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Rev Epidemiol. Sev. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 115-124, 2010.

SIGNIFICADO DOS NOMES. Site: http://www.significado.origem.nom.br, disponível em 04/08/13. 2013c.

STEPHAN, Ana Maria Siga; CAVADA, Marina Neves; VILELA, Cínara Zacca. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. **Rev Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 3, p. 431-438, 2012.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, Elaine; VICTORA, Cesar G. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo de revisão. Rev. Panam Salud Publica, v. 14, n.1, p. 17-24, 2003.

ALMEIDA, Honorina de. Situações Especiais do lactente. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação:** bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da Intersetorialidade. 2004**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2004.

ARANTES, Cássia Irene Spinelli. et al. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Rev Nutr Campinas**. v. 24, n.3, p. 421-429, 2011.

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev Bras Saúde Materno Infantil.** v.4, n.2, p. 135-141, 2004.

BARBOSA, Marina Borell. et al. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Rev Nutr Campinas.** v. 20, n.1, p. 55-62, 2007.

BARRETO, Hilda Silva de Souza. **O incentivo do Aleitamento Materno nas Unidades Básicas de Saúde:** uma revisão bibliolgráfica**.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Especialização em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2010.

BECKER, Daniel. **No Seio da Família:** amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001**.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2001.

BERTONCINI, Judite Hennemann; PIRES, Denise Elvira de; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da Família. **Rev. Trabalho, educação e Saúde**, v.9 (supl. 1), p- 157-173, 2011.

BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque. et al. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n.5, p. 1309-1317, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de Maio de 1943.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm em 31 de Agosto de 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 1.016, de 01 de setembro de 1993**. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, Distrito Federal, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Gestão e Formação nos Processos de Trabalho. Série B:** textos básicos de saúde. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM em 13 de Fevereiro de 2004**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf em 28/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento Pactos pela Vida e de Gestão. **Série Pactos pela Saúde**. Brasília, v. 2, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais: **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Série Pactos pela Saúde.** Brasília, v. 1, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – manual técnico**.** Brasília, Distrito Federal, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed, Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno.** 2.ed. revisada. Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança *:*** revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : Módulo 1 : histórico e implementação**.** Brasília, Distrito Federal, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Série B: Textos básicos de saúde. 4. ed. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da criança:** nutrição infantil – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília, Distrito Federal, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, Distrito Federal. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008:** 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, Distrito Federal, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS:** o HumanizaSUS na atenção básica. Série B: textos básicos de saúde. Brasília, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança *:*** revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : Módulo 3 **:** Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: curso de 20 horas para Equipes de Maternidade. Brasília, Distrito Federal, 2009e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. **Rede Amamenta Brasil:** Caderno do Tutor**.** Brasília, Distrito Federal, 2009f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros.** Brasília, Distrito Federal. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde*:*** primary care assessment tool pcatool. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica Conjunta nº 01/2010.** Brasília, Distrito Federal. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 193, de 23 de Fevereiro de 2010.** Brasília, Distrito Federal. 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável:** guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília, 2010e.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Rede Amamenta Brasil:** os primeiros passos (2007 – 2010). Brasília, Distrito Federal. 2011a.

BRASIL. Sistema de Informação da Atenção Básica. Município de Ribeirão das Neves. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=0201 em 10/08/2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=26350 em 09/11/2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. IV Seminário Nacional de Políticas Públicas em Aleitamento Materno. **Políticas Públicas de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno na Gestão 2007-2010:** avanços e desafios. Brasília, Distrito Federal, 2011d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção:** para entender a gestão do SUS. Brasília, vol. 3, 2011e.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, v. 9, 2011f.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Atenção humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso.** Método Canguru. Manual Técnico. 2. ed. Brasília, DF, 2011g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde**. Manual AIDPI Neonatal.** 3. ed. edição. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura de Saúde da Família.** Disponível em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php em 23/03/2013a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações estatísticas.** Disponível em http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=310620 em 19/05/2013b.

BRASILEIRO, Aline Alves. et al. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Rev Saúde Pública**. v. 46, n.4, p. 642-48, 2012.

BRASILEIRO, Aline Alves. et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Caderno de Saúde Pública**. v. 26, n.9, p. 1705-13, 2010.

BRUSCHINI, Cristina. Trabalho Feminino no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? *In:* Latin Americam Studies Association – **ECO 19** – The Palmer House Hilton Hotel. Chicago, Illinois, USA, 24 a 26 Setembro, 1998.

CAETANO, Michelle Cavalcante. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria.** v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010.

CALDEIRA, Antônio Prates et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 23, n.8, p.1965-1970, 2007.

CALDEIRA, Antônio Prates. et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 23, n.8, p. 1965-70, 2007.

CALDEIRA, Antônio Prates; FAGUNDES, Gizele Carmem; AGUIAR, Gabriel Nobre de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Rev Saúde Pública.** v. 42, n.6, p. 1027-33, 2008.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa. et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil.** v.10, n.1, p. 25-37, 2010.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa; et al. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2245-50, 2011.

CAMPOS, Aline Aparecida de Oliveira. et al. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. **Rev Med Minas Gerais**, v.21, n.2, p. 161-67, 2011.

CAMPOS, Maryane Oliveira; NETO, João Felício Rodrigues. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, p. 232-240, 2008.

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élida Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Rev. Trabalho, educação e Saúde**, v.9, supl. 1, p- 85-112, 2011.

CARRASCOZA, Karina Camilo. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.10, p. 4139-46, 2011.

CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação:** bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

CASTRO, Carolina Melo. et al. O estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido: percepções maternas da equipe de enfermagem. **Rev de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n.1, p. 67-77, 2012.

CICONI, Rita de Cássia Veríssimo; VENÂNCIO, Sonia Isoyama; ESCUDER, Maria Mercedes L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região

metropolitana de São Paulo. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, v. 4, n.2, p. 193-202, 2004.

CORRÊA, Edilson José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à Metodologia:** Textos científicos. Belo Horizonte: UFMG – Nescon, 2013.

CORTEZ, A.C; MARÍN-LEÓN, L.M; CAMPOS, N.B. Aleitamento Materno Exclusivo: um estudo de coorte para verificar diferenças segundo tipo de parto. **Apresentação de Pôster.** Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 2011.

CRUZ, Suélen Henriques da; et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Rev Bras Epidemiologia**, v.13, n.2, p.259-267, 2010.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In.: CZERESNIA,Dias; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 39-53, 2003.

DAMIÃO, Jorginete de Jesus. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiologia**, v.11, n. 3, p. 442-452, 2008.

DEMÉTRIO, Franklin; PINTO, Elizabete de Jesus; ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 641-54, 2012.

EDELWEISS, Frederico G. **Estudos tupis e tupis-guaranis**: confrontos e revisões. Ed. Livraria Brasiliana, Rio de Janeiro, 1969.

ESPÍRITO SANTO, Lilian do. Políticas Públicas em Aleitamento Materno. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação: bases científicas.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

FALEIROS, José Justino. et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 482-89, 2005.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros. **Promoção da saúde e dinâmica social:** o lugar dos sujeitos. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2011.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; MENDES, Rosilda. Gestão local e Políticas públicas para a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; MENDES, Rosilda. Org. **Promoção da Saúde e Gestão Local. Cidades Saudáveis.** São Paulo: Hucitec – Cepedoc, 2007.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FONSECA-MACHADO, Mariana de Oliveira; et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev Esc Enfermagem USP**, v.46, n. 4 , p. 809-815, 2012.

FRANÇA, Júnia Lessa; VASCONCELLOS, Ana Cristina de. **Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas.** 8 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG. (1ª reimpressão), 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. Ed. Paz e Terra, São Paulo, 1996.

FROTA, Mirna Albuquerque. et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev Rene**, v. 10, n.3, p. 61-7, 2009.

FUJIMORI, Mahmi. **Aleitamento materno:** saberes e práticas na atenção básica à saúde em dois municípios do sudoeste mato-grossense. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012.

GALVÃO, Dulce Garcia. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.2, p. 308-14, 2011.

GIUGLIANI, Elsa R. J. Amamentação Exclusiva. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação:** bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

GOMES, Gisele P; GUBERT, Muriel B. Aleitamento materno em crianças menores de 2 anos e situação domiciliar quanto à segurança alimentar e nutricional. **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 3, p. 279-282, 2012.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergias em políticas e serviços públicas: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001.

KEMP, Tom. **A Revolução Industrial na Europa do Século XIX.** Edições 70, Lisboa, 1987.

KOMATSUZAKI, Flávia. **Métodos Exatos em Tabelas de Contingências**. Dissertação de mestrado (Departamento de Estatística da UFMG). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

LARA, Maristela Oliveira; BRITO, Maria José Menezes; REZENDE, Lilian Cristina. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas Rurais. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 48, n. 3, p. 673-80, 2012.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas: Apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 9, n. 3, p. 90-4, 2001.

LEFÈVRE F.; LEFÈVRE AMC**. O discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed.: Educs; Caxias do Sul, RS, 2005a.

LEFÈVRE Fernando; LEFÈVRE Ana Maria Cavalcanti**. Depoimentos e Discursos:** uma proposta de análise em pesquisa social. Série Pesquisa, vol 12, Brasília-DF, 2005b.

LEFÈVRE Fernando; LEFÈVRE Ana Maria Cavalcanti**. Promoção de Saúde:** a negação da negação. 1ª ed.: Vieira e Lent; Rio de Janeiro, RJ, 2007.

LEFÈVRE Fernando; LEFÈVRE Ana Maria Cavalcanti**. Pesquisa de Representação Social: um enfoque quliquantitativo.** Série Pesquisa, v. 20, Brasília-DF, 2010.

LOPES, Luiz Felipe Dias. **Apostila estatística**. DE- UFSM. 2003.

MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactentes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 2, p. 187-196, 2008.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 861-868, 2009.

MARQUES, Emanuele Souza. et al. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1391-1400, 2010.

MARQUES, Emanuele Souza. et al. Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 261-81, 2010.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. Mitos e Crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461-68, 2011.

MARTINS, Sérgio Ricardo Oliveira. Desenvolvimento Local: questões conceituais e metodológicas. **Rev. Internacional de Desenvolvimento Local**, v.3, n.5, p.51 – 59, 2002.

MARTINS, Camilla da Cruz. et al. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Rev Baiana de Saúde Pública**, v. 3, supl. 1, p. 167-178, 2011.

MENCONI, Soraia Drago. Banco de Leite Humano. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação:** bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

MERICO, Luiz Fernando Krieger. Políticas Públicas para a Sustentabilidade. In: VIANA, Gilney; SILVA, Marina; DINIZ, Nilo e colaboradores. **O desafio da sustentabilidade:** um debate sócio ambiental no Brasil**.** Ed. Perseu, 2001.

MESSINA, Graciela. Mudança e inovação educacional: notas para reflexão. **Cadernos de Pesquisa,** n. 114, p. 225-233, 2001.

METRING, Roberte Araújo. **Pesquisas Científicas:** planejamento para Iniciantes. Curitiba: Ed. Juruá (2ª reimpressão), 2011.

MINAS GERAIS. **Manual de Mobilização Social.** Viva Vida: Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna. 2007.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Curso de Extensão Aleitamento Materno em Rede. **Unidade 3: Acolhimento em Aleitamento Materno e Manejo da Amamentação.** Belo Horizonte, Minas Gerais, novembro, 2012a.

MINAS GERAIS. Curso de Extensão Aleitamento Materno em Rede. **Unidade 5: Efeitos da amamentação sobre o sistema estomatognático, manutenção do aleitamento materno e desmame.** Belo Horizonte, Minas Gerais, dezembro, 2012b.

MONTE, Cristina M. G; GIUGLIANI, Elsa R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v.80, supl. 5, p. S131-S142, 2004.

MORAIS, Ana Márcia Bustamante de. et al. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.1, p. 66-71, Brasília, 2011.

MOURA, Erly Catarina de. Nutrição. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação:** bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

NARCHI, Nádia Zanon. et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 43, n.1, p. 87-94, 2009.

NIQUINI, Roberta Pereira. et al. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Rev Bras Epidemiologia**, 12(3), p 446-57, 2009.

NIQUINI, Roberta Pereira; et al. Acolhimento e características maternas associadas à oferta de líquidos a lactentes. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 677-685, 2010.

NUNES, Cristine Nogueira. ***O desdesing da mamadeira:*** **por uma avaliação periódica da produção industrial.** Tese (Doutorado em Desing) - Pontifícia Universidade Católica, Programa de pós-graduação em Desing, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, Aline Teles Soares Alencar de. Et al. Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no Programa Saúde da Família. **RBPS**, v.19, n. 1, p. 11-18, 2006.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol***.,* v. 5, n. 1, p. 41-51, 2002.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cad. Saúde Pública***.,* v. 21, n.6 , p.1901-1910, 2005.

OMS/UNICEF. Declaração de Innocenti. *In:* **Encontro Breastfeeding in the 1990s:** A Global Initiative**.** Florença, Itália, 1990.

OPAS/OMS. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**.** Inovando o Papel da **Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde:** Resultados do Laboratório de Inovações em Quatro Capitais Brasileiras. NAVEGADORSUS, n. 3. Brasilia, Distrito Federal, 2011a.

OPAS/OMS. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: **Construindo as Redes de Atenção no SUS. Contribuições para o debate.** NAVEGADORSUS, n. 2. Brasília, Distrito Federal, 2011b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde.** Declaração de Jacarta. Jacarta, Indonésia, 21-25 de julho de 1997.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família- PSF. Rev. Latino am. de enfermagem, v.13, n. 3, p. 407-414, 2005.

PEREIRA, Júlio César R. **Análise de dados quantitativos:** Estratégias metodológicas para ciências da saúde, humanas e sociais. Ed. Universidade de São Paulo (Edusp), São Paulo, 1999.

PEREIRA, Theonas Gomes. et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n.2, p. 115-124, 2010a.

PEREIRA, Rosane Siqueira Vasconcelos. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cad. Saúde Púbica, v. 26, n. 12, p. 2343 – 2354, 2010b.

PIZZALUNGA, Cleide dos Reis Costa; LAMOUNIER, Joel Alves. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n.2, p. 133-141, 2011.

POLIDO, Carolina Guizardi. Et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **ACTA Paul Enferm**, v. 24, n. 5, p. 624-30, 2011.

PONTES, Cleide Maria; ALEXANDRINO, Aline Chaves; OSÓRIO, Mônica Maria. O envolvimento paterno no processo da amamentação: propostas de incentivo. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, v. 9, n.4, p. 399-408, 2009.

QUELUZ, Mariângela Carletti. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil**. Rev Esc Enfermagem USP**, v. 46, n. 3, p. 537-543, 2012.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde:** a construção de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

RAMOS, Carmem Viana. et al. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Rev Epidemiol. Sev. Saúde**, v. 19, n. 2, p. 115-124, 2010.

REA, Marina Ferreira. A mulher trabalhadora e a prática de amamentar. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação:** bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

REIS, Ana Cândida Serafim dos; AGUIAR, Adriana Sousa Carvalho de; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. Relação entre o tipo de parto e aleitamento materno: um estudo descritivo. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal**. Fortaleza, Ceará, Brasil, de 24 a 27 de junho de 2012.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura. Comunidade saudável. Cidade saudável. Coletânea sobre Promoção de Saúde na escola. **Revista Construção de Ambientes Saudáveis**, v. 1, n. 2, 2005.

SALES, Fernanda de; SOUZA, Francisco das Chagas de; JOHN, Valquiria Michela. O emprego da Abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na pesquisa em Educação. **Rev Linhas***,* v. 8, n.1 ,p. 124 1 145, 2007.

SANTIAGO, Luciano B. et al. Incentivo ao aleitamento materno: importância do pediatra com treinamento específico. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 6, p. 504-12, 2003.

SANTOS, Marcos Leite dos. Lactações em condições especiais da nutriz . In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação:** bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública,** v. 20, n.2, p. 580-588, 2004.

SILVA, Andréa Viola da. Et al. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n.3, p. 220-5, 2009.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação***.* 4 ed. rev. e atualizada Florianópolis:. Universidade Federal de Santa Catariana, 2005.

SILVA, Isília Aparecida. Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. **Rev.Esc.Enf.USP***,* v.34, n. 4, p. 362-9, 2000.

SILVA, Ligia Mara Parreira; VENÂNCIO, Sônia Isoyama; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo. Prática de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev Nutr Campinas**, v. 23, n. 6, p. 983-92, 2010.

SILVA, Maria Elisabeth Kleba da. Participação social, saúde e desenvolvimento local: fragmentos e possíveis costuras na gestão de políticas públicas. **Rev. Grifos**, n. 24, 2008.

SIMON, Viviane Gabriela Nascimento. et al. Prática e duração do aleitamento materno de crianças matriculadas em escolas particulares do município de São

Paulo, SP. **Rev Bras Crescimento e Desenvolvimento Hum**, v.19, n. 3, p. 403-411, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Disponível em http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1737&tipo_detalhe=s em 18 de Fevereiro de 2013.

SONEGO, Jeseila. Et al. Experiência do desmame entre mulheres de uma mesma família. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 38, n. 1, p. 341-9, 2004.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Ed. UNESCO, Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

STEPHAN, Ana Maria Siga; CAVADA, Marina Neves; VILELA, Cínara Zacca. Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. **Rev Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 3, p. 431-438, 2012.

STRASSBURGER, Simone Z. et al. Erro alimentar nos primeiros meses de vida e sua associação com asma e atopia em pré-escolares. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 5, p. 391-398, 2010.

TAMEZ, Raquel N. Atuação de Enfermagem. In: CARVALHO, Marcus Renato de; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação:** bases científicas. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

TAKEMOTO, Angélica Yukari. Et al. Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 3, p. 444- 451, 2011.

TORRES, Gabrielle Guidoni. Et al. Determinantes da introdução precoce de alimentos no primeiro mês de bebês acompanhados nas Unidades de Saúde da Família de Vitória, Espírito Santo. **Rev Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.14, n. 2, p. 52-58, 2012.

VENANCIO, Sonia Isoyama; MONTEIRO, Carlos Augusto. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev Bras. Epidemiologia**, v. 1, n. 1, p. 40-49, 1998.

VIEIRA, Graciete O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 411-416, 2004.

VINAGRE, Roberto Diniz; DINIZ, Edna Maria Albuquerque; VAZ, Flávio Adolfo Costa. Leite Humano: um pouco de história. **Rev Pediatria**, v. 23, n. 4, p. 340-345, 2001.

VOLPINI, Cíntia Cristina de Almeida; MOURA, Erly Catarina. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev Nutr Campinas**, v. 18, n. 3, p. 311-19, 2005.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção de Saúde e Qualidade de vida. In: FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; MENDES, Rosilda. Org. **Promoção da Saúde e Gestão Local. Cidades Saudáveis.** São Paulo: Hucitec – Cepedoc, 2007.

KOMATSUZAKI, Flávia. **Métodos Exatos em Tabelas de Contingências**. Dissertação de mestrado (Departamento de Estatística da UFMG) . Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Data:_____

UBS:_____

Profissão:_____

Tempo de trabalho na unidade: _____

Sexo: ( ) Fem ( ) Masc

Tem filhos: ( ) sim ( ) não

Você amamentou os seus filhos ou apoiou a sua esposa ou companheira a amamentar? ( ) sim ( ) não

Você amamentou todos os filhos? ( ) sim ( ) não

Quais filhos você amamentou? Qual o motivo que a levou a amamentar estes filhos?

Você amamentou o seu filho por quanto tempo? _____

Quando iniciou e qual foi o motivo para o desmame?

_____

_____

A seu ver, qual a importância do AM? Por quê?

_____

_____

Como você percebe o desejo ou a falta dele, da mulher em amamentar?

_____

_____

Como você estimula o AM?

_____

_____

Como você orienta à mãe sobre as dificuldades e complicações decorrentes do AM?

_____

_____

Como você orienta a mãe para realizar o desmame do filho?

_____

_____

Quando você realiza a primeira visita domiciliar ao binômio mãe/filho?

_____

_____

Quando você sente dificuldade em orientar ou acompanhar a nutriz, para onde ou para quem você a encaminha?

_____

_____

Qual atividade a UBS realiza para promover o AM?

_____

_____

Com qual frequência estas ações são realizadas?

_____

_____

Você já realizou alguma capacitação, treinamento ou curso em AM? Quanto tempo durou este estudo?

_____

_____

Quais os conteúdos vistos nesta capacitação?

Você teve oportunidade de colocar em prática os conteúdos da capacitação?

Você acha necessário existir um serviço no município para o encaminhamento das pacientes que apresentam dificuldades na amamentação? Por que?

_____

_____

Com base na sua prática profissional, quais características você considera como essenciais para o funcionamento desta unidade de referência?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) profissional ou responsável,

Eu, Meire Rafaela dos Santos Gonçalves, convido-o (a) para participar da pesquisa intitulada **"Análise das Ações de Promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica no Município de Ribeirão das Neves."** Trata-se da minha dissertação de mestrado que estou fazendo no Centro Universitário UNA sob orientação da Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete. O objetivo desta pesquisa é: Identificar as ações de Promoção do Aleitamento Materno promovidas pelos profissionais da equipe multidisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Ribeirão das Neves.

Sua participação é de fundamental importância para a realização deste trabalho e seu consentimento em participar deve considerar as seguintes informações:

1. Sua participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento, caso deseje, sem risco de qualquer natureza;
2. O seu nome será mantido em anonimato, ou seja, não será revelado a ninguém, bem como o sigilo de todos os dados prestados;
3- Sua entrevista, se concordar, poderá ser gravada para não perdermos suas informações;
4- Você não terá nenhum tipo de despesa e não receberá nenhuma gratificação para participação desta pesquisa;
5- Não há qualquer benefício direto pela sua participação, mas o conhecimento da sua opinião a respeito deste tema é muito importante para a discussão pedagógica sobre a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local. Suas respostas serão usadas exclusivamente para os fins desta pesquisa.
6- Este termo de consentimento ficará sob a minha guarda até finalização da pesquisa e após será incinerado. Fragmentos de suas respostas, sem a sua identificação, serão reproduzidos nos trabalhos para publicação e/ou apresentação em reuniões científicas, como acontece com a utilização da metodologia quantiqualitativa.

Você poderá entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento que lhe convier ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do CEP UNA.

Meire Rafaela dos Santos Gonçalves Telefone: (31) 92226877

Matilde Meire Miranda Cadete. Telefones: (31) 32620861. (31) 3409687. (31) 99728033

UNA – R. Guajajaras, 175, Centro. cephumanos@una.br Telefones: 3508-913/ 3508-9108

Termo de consentimento.

Eu, _____, após ter lido este termo de consentimento e esclarecido minhas dúvidas, concordo em participar da pesquisa , **"Análise das Ações de Promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica no Município de Ribeirão das Neves."** , uma vez que fui devidamente orientado(a) sobre a finalidade e objetivo do estudo, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo

Assinatura do profissional:

Assinatura do pesquisador mestrando

Data:

ANEXO A – Questionário Estruturado

Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno / DAPES / SAS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
"PESQUISA NACIONAL SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA – 2008"

☛Nº_____ (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO SUPERVISOR DE CAMPO)	01-DATA:____/____/_____
02-ENTREVISTADOR:_____	03-MUNICÍPIO: _____ 04-UF: _____
05-LOCAL DE VACINAÇÃO:_____	06-ÁREA 1☐ Urbana 2☐ Rural

07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/_____	(Anote da Caderneta de Saúde da Criança)
08- SEXO DA CRIANÇA:	1☐ Masculino 2☐ Feminino
09- A SRA. É A **MÃE** DESTA CRIANÇA?	1☐ Sim 2☐ Não
10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?	1☐ Sim 2☐ Não

- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? (Q.11 à Q. 34)

11-TOMOU **LEITE DE PEITO**?	1☐ Sim 2☐ Não (PASSE P/ Q. 13) 9☐ Não Sabe (PASSE P/Q.13)
12- QUANTAS VEZES?	_____ (Anotar 8 para 8 vezes ou mais) 9☐ Não sabe
13-TOMOU ÁGUA?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
14- TOMOU CHÁ?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
15- TOMOU **OUTRO LEITE**?	1☐ Sim 2☐ Não (PASSE P/Q.17) 9☐ Não Sabe (PASSE P/Q.17)
16-A CRIANÇA RECEBEU **OUTRO LEITE**:	1☐ Só durante o dia 2☐ Só à noite 3☐ De dia e de noite 9☐ Não Sabe
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
18- COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
19-COMEU **COMIDA SALGADA** (DE PANELA, PAPA, SOPA)	1☐ Sim 2☐ Não (PASSE P/ Q.26) 9☐ Não Sabe (PASSE P/ Q.26)
20- QUANTAS VEZES? 1☐ 1 vez 2☐ 2 vezes 3☐ 3 vezes ou mais 9☐ Não Sabe (PASSE PARA A Q23)	
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa) 1☐ Igual à da família? 2☐ Preparada exclusivamente para a criança? 3☐ Industrializada? 9☐ Não Sabe	☛Q.21____ (Código do Supervisor)
22-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de 1 alternativa) 1☐ Em pedaços? 2☐ Amassada? 3☐ Passada pela peneira? 4☐ Liqüidificada? 9☐ Não Sabe	☛Q.22____ (Código do Supervisor)
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE **CARNE**?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
24-A COMIDA TINHA **FEIJÃO**, EM **CALDO OU GRÃO**?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
25-A COMIDA TINHA **LEGUMES E/OU VERDURAS**?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL FEITO EM CASA?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
28-TOMOU REFRIGERANTE?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
29-TOMOU CAFÉ?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
31-COMEU BOLACHA OU SALGADINHO?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
33-USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe
34-USOU CHUPETA?	1☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO PARA TODAS AS CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO (Q.35 à Q.44)

35- EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (ANOTE O NOME)
998 ☐ Nasceu em casa 9 ☐ Não Sabe
☛ Q.35 ☐ IHAC (digitador localize o nome no software)

36- EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 ☐ Não Sabe

37- QUAL FOI O TIPO DE PARTO? 1☐ Normal 2 ☐ Fórceps 3☐ Cesárea 9 ☐Não Sabe

38- A CRIANÇA MAMOU **NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**, NA SALA DE PARTO? 1 ☐ Sim 2☐ Não 9☐ Não Sabe

39- A CRIANÇA TEM A **CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA**?
1 ☐ Sim, em mãos (PASSE PARA A Q.40)
2 ☐ Sim, mas não está em mãos (PASSE P/ Q.44)
3 ☐ Não possui a Caderneta (PASSE P/ Q.44)
9 ☐ Não Sabe (PASSE P/ Q.44)

40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 ☐ Sim, inteira 2 ☐ Sim, algumas partes 3 ☐ Não
[Outros acompanhantes]: 9 ☐ Não se aplica (PASSE P/ Q.44)

41- QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? ☐☐☐☐ Gramas **(Anote da Caderneta)** 9999 ☐ Não Sabe

42- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE **PESO** NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO? 1 ☐ Sim 2 ☐Não 9 ☐Não Sabe

43- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE **ALTURA** NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO? 1 ☐Sim 2 ☐Não 9 ☐ Não Sabe

44- ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA CONSULTA MÉDICA DE ROTINA? **(Assinale apenas uma alternativa)**
1 ☐ Serviço Particular ou Convênio
☐ Rede Pública: _____ (ANOTE O NOME)
9 ☐ Não Sabe

☛ **SUPERVISOR DE CAMPO Q.44 →Se REDE PÚBLICA especificar: 2☐ UBS 3 ☐ PACS/PSF**

FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q.45 à Q.49)

45- LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?
_____ **(Anote em dias)** 998☐ Nasceu em casa 999 ☐ Não Sabe

NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA:

46- MAMOU NO PEITO?	1☐ Sim	2 ☐ Não	9☐ Não Sabe
47- TOMOU OUTRO LEITE?	1☐ Sim	2 ☐ Não	9☐ Não Sabe
48- TOMOU ÁGUA?	1☐ Sim	2 ☐ Não	9☐ Não Sabe
49- TOMOU CHÁ?	1☐ Sim	2 ☐ Não	9☐ Não Sabe

FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O COMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)

50- QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ **(Anos completos)** 999 ☐ Não Sabe

51- ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO? 1☐ Sim 2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos) 9☐ Não Sabe

52- A SRA. SABE LER E ESCREVER? 1☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe

53- QUAL A ÚLTIMA **SÉRIE** QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (ASSINALE ABAIXO) 54- E GRAU? (ASSINALE ABAIXO)
Q.53 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ 7☐ 8☐ 9☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 1☐ 2☐
Q.54 1☐ ENSINO FUNDAMENTAL 2 ☐ ENSINO MÉDIO 3☐ SUPERIOR INCOMPLETO 3 ☐ SUPERIOR COMPLETO
0☐ SEM ESCOLARIDADE (Não freqüentou escola)
☛ **Q53-Série _____ Q54-Grau____**

55- SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: 1 ☐ Está trabalhando fora
2 ☐ Não está trabalhando 3☐ Está licença Maternidade

OBSERVAÇÃO: _____

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Belo Horizonte, 23 de Abril de 2012.

Ao
Pesquisador principal do projeto abaixo identificado

Título/Projeto: "Ações de Promoção do Aleitamento Materno na Atenção Básica no Município de Ribeirão das Neves"
Orientador/ Profª: Matilde Meire Miranda Cadete

Após análise do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em reunião do dia 16 de Abril de 2012, informamos que o mesmo foi:
(X) aprovado ( ) aprovado com sugestões ( ) aprovado com restrições ( ) reprovado.
Lembramos ao pesquisador principal que o mesmo deverá encaminhar um relatório parcial ou ao final da pesquisa até o dia (16 de Outubro de 2012).

O CEP deseja aos pesquisadores sucesso em sua trajetória de pesquisa!

Atenciosamente,

Profª. Elaine Linhares de Assis Guerra
Coordenadora do CEP
Centro Universitário UNA

ANEXO C – Inscrição na Plataforma Brasil